

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

SILVANA MARIA DOS SANTOS

**ENTRE “BIOMÉDICOS” E AGENTES COMUNITÁRIOS:
ETNOGRAFIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CURITIBA**

**CURITIBA
2012**

SILVANA MARIA DOS SANTOS

**ENTRE “BIOMÉDICOS” E AGENTES COMUNITÁRIOS:
ETNOGRAFIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CURITIBA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Setor de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Laura Pérez Gil

**CURITIBA
2012**

**85ª ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ANTROPOLOGIA
SOCIAL**

Aos vinte e sete dias do mês de abril de dois mil e doze, às quinze horas e trinta minutos, na Sala 613, do 6º andar, do Edifício D. Pedro I, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná (SCHLA/UFPR), foram instalados os trabalhos de arguição da mestrand **Silvana Maria dos Santos** para a Defesa Pública de sua Dissertação intitulada: *Entre 'Biomédicos' e Agentes Comunitários: etnografia do Programa Saúde da Família no contexto de uma unidade de saúde de Curitiba*. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná (PPGAS/UFPR), foi constituída pelos seguintes Professores Doutores Laura Pérez Gil (orientadora), presidente da sessão, Ciméa Barbato Bevilaqua (UFPR) e Octávio Bonet (UFRJ). Dando início à sessão, a presidente passou a palavra a aluna, para que a mesma expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidente da sessão passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. A aluna respondeu a cada um dos arguidores. A presidente retomou a palavra para suas considerações finais e, depois, solicitou aos presentes e a mestrand que deixassem a sala. A Banca Examinadora, então, reuniu-se sigilosamente para discussão de suas avaliações, e decidiu pela Aprovação da aluna, com conceito A. A mestrand foi convidada a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidente da sessão fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora, outorgando-lhe o Grau de **Mestre em Antropologia Social**. Nada mais havendo a sessão foi encerrada, da qual eu, Dóris Guidolin, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Curitiba, 27 de abril de 2012.



Dóris Guidolin



Profª Drª Laura Pérez Gil (Orientadora)



Profª Drª Ciméa Barbato Bevilaqua (UFPR)



Prof. Dr. Octávio Bonet (UFPR)

PARECER DA BANCA EXAMINADORA

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná (PGGAS) para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **Silvana Maria dos Santos**, intitulada: *Entre 'Biomédicos' e Agentes Comunitários: etnografia do Programa Saúde da Família de uma unidade de saúde de Curitiba*, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua...*aprovação*....., com conceito *A*....., completando-se assim todos os requisitos previstos nas normas desta Instituição para a obtenção do Grau de **Mestre em Antropologia Social**.

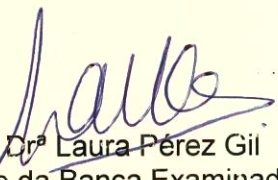
Considerações adicionais da Banca Examinadora:

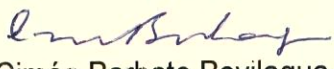
.....

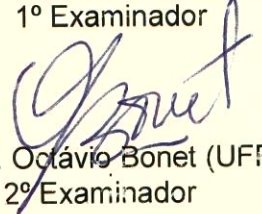
.....

.....

Curitiba, 27 de abril de 2012.


Profª Drª Laura Pérez Gil
Presidente da Banca Examinadora


Profª Drª Ciméa Barbato Bevilacqua (UFPR)
1º Examinador


Prof. Dr. Octávio Bonet (UFPR)
2º Examinador

À minha flor Beatriz.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Ao apoio da coordenação do PPGAS, na pessoa da professora Dr^a. Edilene Coffaci de Lima e do professor Dr. Miguel Carid Naveira. que a antecedeu no cargo.

Aos professores do mestrado, dos quais tive a oportunidade de ser aluna: Prof^a. Dr^a. Laura Pérez Gil, Prof^a. Dr^a. Liliana Porto, Prof. Dr. Marcos Silva da Silveira, Prof. Dr. Paulo Renato Guérios, Prof. Dr. Ricardo Cid Fernandes e Prof^a. Dr^a. Sandra Jacqueline Stoll.

À minha banca de qualificação, composta pelas professoras doutoras Ciméa Bevilaqua e Liliana Porto, pelas importantes contribuições para a construção deste trabalho. A esta última também pela presença constante e generosa durante meu percurso no mestrado.

Aos colegas e amigos com quem convivi durante os anos do mestrado, dentro e fora da universidade, e que me apoiaram na difícil tarefa de associar tantas e tão diferentes atividades profissionais e acadêmicas.

À minha família, pelo apoio de toda a vida. Em especial aos meus pais, Ibraim e Hilda, minha gratidão não cabe em palavras.

Ao Ricardo, com quem partilho a antropologia e a vida.

À Bibi, que ansiosamente esperou pelo fim do mestrado e do trabalho de escrita.

Aos queridos funcionários da unidade em que desenvolvi minhas atividades de

campo, cujos nomes não podem (infelizmente) ser citados, pela gentileza com que me receberam em campo e pela disposição em dividir comigo suas experiências. Em especial à autoridade sanitária local que me permitiu o campo, depois de uma negativa inesperada em outro local, e com isso possibilitou meu contato com as equipes da unidade.

À professora Dr^a. Laura Pérez Gil, pela delicadeza e tranquilidade com que me orientou, demonstrando que os termos "vínculo", "humanização" e "cuidado" têm sentido também na relação que se estabelece entre orientador(a) e orientando(a).

RESUMO

Este trabalho etnográfico tem por objetivo conhecer a dinâmica de trabalho das equipes de saúde atuantes na atenção primária à saúde pelo Programa Saúde da Família (PSF), com foco especial no agente comunitário de saúde. As informações etnográficas foram obtidas por meio de observação participante e entrevistas abertas com os informantes, durante a pesquisa de campo empreendida entre os meses de agosto e dezembro de 2011. A dinâmica de trabalho na Saúde da Família requer aproximação entre o serviço de saúde e os seus usuários, aproximação esta que repercute em modificações na perspectiva que as equipes de profissionais têm sobre o paciente e o próprio ato da assistência, o que possibilita o estabelecimento do vínculo fundamental ao cuidado em saúde. A atuação das agentes comunitárias de saúde, no contexto dessa investigação, potencializa a criação do vínculo necessário ao fortalecimento da relação profissional-paciente, trazendo para os colegas das demais categorias algumas informações sobre o universo vivido pelos pacientes que, de outro modo, não seriam facilmente acessadas, num processo que pode ser chamado de transferência de familiaridade ou de confiança.

Palavras-chave: etnografia; antropologia da saúde; atenção primária à saúde; agentes comunitários de saúde.

RESUMEN

Este trabajo etnográfico tiene por objetivo conocer la dinámica de trabajo de los equipos que actúan en los servicios de atención primaria de salud a través del Programa Salud de la Familia (PSF), focalizando especialmente la figura del agente comunitario de salud. Las informaciones etnográficas aquí presentadas fueron obtenidas por medio de observación participante y entrevistas abiertas con los informantes, realizadas durante la investigación de campo que tuvo lugar entre los meses de agosto y diciembre de 2011. La dinámica de trabajo en el Programa Salud de la Familia exige una aproximación entre el servicio de salud y sus usuarios, aproximación esta que conlleva modificaciones en la perspectiva que los equipos de profesionales tienen sobre el paciente y sobre el propio acto de asistencia sanitaria, permitiendo así el establecimiento de un vínculo necesario en el cuidado de la salud. La actuación de las agentes comunitarias de salud, en el contexto de esta investigación, potencializa el establecimiento del vínculo necesario al fortalecimiento de la relación profesional-agente, por medio de la aportación a los colegas de las otras categorías de algunas informaciones sobre el universo vivido por los pacientes que, de otro modo, no serían fácilmente accesibles, en un proceso que se puede considerar como una transferencia de familiaridad o confianza.

Palabras clave: etnografía, antropología de la salud, atención primaria de salud, agentes comunitarios de salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 ENTRE A SAÚDE E A ANTROPOLOGIA.....	10
1.2 OBJETO DA PESQUISA.....	10
1.3 MARCO TEÓRICO.....	12
1.4 SOBRE MINHA INSERÇÃO NO CAMPO.....	14
1.4.1 A APRECIÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A ENTRADA EM CAMPO.....	16
1.4.1.1 ÉTICA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE.....	20
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO	23
2 O SISTEMA DE SAÚDE.....	24
2.1 MODELO BIOMÉDICO, EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E DIVERSIDADE CULTURAL.....	32
2.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	38
2.2.1 A CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE: O FOCO NO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	45
2.2.2 O PSF E A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE.....	49
3 O COTIDIANO DE TRABALHO.....	53
3.1 SOBRE O LOCAL DA PESQUISA.....	53
3.2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DA UNIDADE.....	54
3.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE.....	56
3.3.1 SOBRE O “DIA DE ÁREA”	69
3.3.2 SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES.....	77
3.3.2.1 EM VISITA COM AS AGENTES COMUNITÁRIAS.....	78
3.3.2.2 EM VISITA COM A EQUIPE.....	81
4 A DINÂMICA DE TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES.....	89
4.1 A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE.....	89
4.2 A EMERGÊNCIA DO SOCIAL.....	97
4.3 A VINCULAÇÃO COM O PACIENTE.....	102
4.4 A FIGURA DO MÉDICO.....	109

4.5 “ENVOLVIMENTO” E DISTANCIAMENTO DOS PACIENTES.....	112
4.6 AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE.....	120
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	129
ANEXOS.....	135

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENTRE A SAÚDE E A ANTROPOLOGIA

Este trabalho é resultado de uma dupla inquietação pessoal, como estudante de antropologia e como profissional de saúde. Como profissional de saúde (nutricionista), minhas primeiras experiências profissionais vivenciando o cotidiano de trabalho da atenção básica no serviço público de saúde, ainda na condição de residente em saúde da família, trouxeram-me vários questionamentos sobre os problemas enfrentados neste tipo de serviço. Posteriormente, na condição de professora de disciplinas de saúde coletiva, tive a oportunidade de ampliar o contato com a atenção básica acompanhando o aprendizado de estudantes dos cursos de graduação na área de saúde em atividades práticas desenvolvidas nas unidades de saúde em diversas regiões da cidade de Curitiba. Não por acaso, então, o interesse pelas ciências sociais, suscitado pela necessidade de ampliação do entendimento dos problemas percebidos no cotidiano do meu fazer profissional (e que extrapolavam em muito a possibilidade de explicação pelo referencial das ciências da saúde), me aproximou da antropologia. A experiência empírica gerou o que veio a se tornar o objeto desta análise: o encontro de sujeitos e saberes no cotidiano da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 OBJETO DA PESQUISA

A organização do serviço público de saúde no Brasil, nos últimos anos, toma para si o desafio de acercar-se do universo vivido pelos seus usuários, aproximando os profissionais de saúde aos pacientes no âmbito dos seus domicílios, o que vem sendo propiciado pelo Programa Saúde da Família

(PSF).

O PSF é uma estratégia de reorganização e reestruturação do Sistema Único de Saúde a partir de novas bases e critérios, conforme tratarei mais detalhadamente adiante, apostando na atenção primária à saúde como “porta de entrada” para o sistema, servindo como facilitador da organização dos serviços em outros níveis de assistência e como ferramenta de transformação das práticas em saúde por meio do estabelecimento de uma relação mais dialógica com os usuários do serviço. Esta relação teria início num trabalho pautado também na dialogia interna às equipes de saúde, de maneira a questionar as certezas profissionais (BRASIL, 2000). A incorporação dos agentes comunitários de saúde (ACS) ao serviço público, objeto de especial atenção no escopo deste trabalho, contribuiria para dar as bases a essa nova relação com os pacientes, uma vez que trariam para dentro das equipes, conforme declaram os documentos públicos (a exemplo, BRASIL, 1997, 2000, 2009), seus conhecimentos oriundos do contato mais próximo com a população (por serem moradores da localidade em que trabalham), constituindo-se no elemento de ligação entre o serviço de saúde e seus usuários.

O espaço de atenção à saúde que, por si só, representa um terreno profícuo para a investigação antropológica, desperta especial interesse ao propor vencer as barreiras do olhar meramente biologizante, incorporando às equipes trabalhadores sem formação biomédica, e que representariam o “elo de ligação entre dois universos culturais distintos: o saber científico e o saber popular” (BRASIL, s/d: 11) dentro do serviço de saúde.

No tocante à pesquisa antropológica destinada a investigar as políticas públicas de saúde, a figura do agente comunitário, inserido nos programas da atenção primária em saúde (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família – PSF), tem sido elemento inspirador de uma diversidade de investigações as quais redundam em publicações que colaboram grandemente para as discussões acerca desta modalidade de política pública. Dentre elas estão os trabalhos de Langdon (2006), Wawzyniak (2009), Fernandes (1992), Nunes et al. (2002) e Novo (2010).

Meu interesse neste trabalho é, portanto, antes de questionar ou verificar a real efetivação da proposta da estratégia Saúde da Família, propor discussão sobre as repercussões das especificidades da dinâmica de trabalho, considerando como foco principal a figura do agente comunitário de saúde.

1.3 MARCO TEÓRICO

As concepções biomédicas contemporâneas, caracterizadas pelo pensamento materialista radical, têm origem no dualismo cartesiano entre corpo e alma. Às ciências naturais e sociais Descartes teria legado uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções, sustentando uma visão reducionista dos fenômenos ligados à saúde e à doença, que são tomadas como fenômeno ora biológico, ora espiritual, ora social. A fragmentação do objeto que gera a fragmentação das abordagens impede, assim, uma apreensão multidimensional do objeto (SHEPER-HUGUES & LOCK, 1987). O enfoque principal da biomedicina, uma vez que fundamentado neste paradigma, deve ser então a biologia humana, em que a doença é vista como um processo biológico universal. Dessa forma, tratar o fenômeno saúde-doença unicamente com o referencial das biociências representa um recorte da realidade a ser estudada.

O desenvolvimento dos temas relacionados à saúde e à doença têm nos estudos de Rivers, Ackerknecht e Evans-Pritchard seus primeiros clássicos. Suas pesquisas são orientadas por uma perspectiva que insere as diversas práticas de cura dentro de contextos socioculturais específicos, mas fazem ainda distinções marcadamente etnocêntricas entre a “medicina primitiva”, tomada como mágico-religiosa e “irracional”, e a medicina ocidental, caracterizada pelo raciocínio empírico que explica e trata a doença como fenômeno natural (NOVO, 2010).

Na década de 1960, nos Estados Unidos, teve início o que se denominou de antropologia médica, que objetivava desenvolver estudos

epidemiológicos (os quais buscavam medir o impacto das práticas culturais e sociais sobre a saúde) das instituições médicas, tomando a biomedicina como parâmetro para a compreensão dos eventos *doença* e *cura* em diferentes contextos. Já na década de 1970, na França, começaram a surgir visões alternativas à biomedicina e à antropologia médica:

distintamente dos estudos elaborados sob o paradigma da antropologia médica, na chamada antropologia da saúde utiliza-se a noção de cultura como sistema de símbolos que fornecem um modelo *de* e um modelo *para* a realidade (NOVO, 2010: 57).

Essa concepção estabeleceu ligação entre as formas de pensar e agir dos indivíduos de um grupo, ressaltando a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano, considerando que as percepções, as interpretações e as ações, também no campo da saúde, são culturalmente construídas. A proposta da antropologia da saúde consiste, assim, em perceber que os sinais reconhecidos como indicadores de doença não são universais nem estão restritos à sua dimensão biológica, questionando o próprio caráter universal dos conceitos até então tidos como “naturais” pela biomedicina. Fenômenos ligados à saúde, à doença e ao corpo carecem então de ser compreendidos nos universos socioculturais em que se inserem.

Segundo Langdon (1995: 06),

os assuntos pesquisados por esta abordagem não diferenciam muito dos que tradicionalmente faziam parte dos estudos de etnomedicina: as crenças, as práticas terapêuticas, os especialistas de cura, as instituições sociais, os papéis sociais dos especialistas e pacientes, as relações interpessoais, e o contexto econômico e político.

A diferença está na, agora proposta, relativização da biomedicina e uma maior preocupação com a dinâmica da doença e processo terapêutico. Ao questionar o “naturalismo” das interpretações biomédicas, abre caminho para que a biomedicina seja também tomada como campo de investigação antropológica.

Salientando o proposto por Kleinman (1995), não há, nesta perspectiva, uma medicina essencial, isenta de contexto histórico. Todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural (*health care system*). Assim, não existe nenhuma entidade ubíqua e atemporal chamada medicina, e a

biomedicina deve ser vista como um modelo médico entre vários outros modelos. Todo “sistema de cuidados em saúde” seria composto, genericamente, pela interação de três setores diferentes – profissional, tradicional e popular –, cada um veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas. Os sistemas médicos, assim entendidos, existem dentro de realidades simbólicas social e culturalmente construídas, uma vez que dizem respeito à integração das crenças etiológicas, às normas que orientam a escolha do tratamento, aos papéis sociais dos atores envolvidos, às relações de poder, aos eventos de interação e às instituições encarregadas das questões de saúde (LANGDON, 1995).

Em consonância com estas premissas, abordo a biomedicina como construção sociocultural, com uma visão específica do processo saúde e doença e, para efeito deste trabalho, utilizo o termo ‘biomédicos’ para me referir aos profissionais formados por este paradigma. O emprego do termo não se refere, portanto, ao médico (somente), mas ao saber que fundamenta a formação em saúde.

1.4 SOBRE MINHA INSERÇÃO NO CAMPO

Minha pesquisa transcorreu na unidade de saúde Nova Esperança¹, pertencente ao Distrito Sanitário² do Bairro Novo na cidade de Curitiba, cujas características de localização, composição das equipes e organização do trabalho explicarei mais adiante.

Durante a investigação, busquei apreender a prática dos profissionais, acompanhando os processos de trabalho das equipes de saúde e sua atuação dentro da unidade de saúde, bem como (e especialmente) na área de abrangência da unidade de saúde, tomando como informantes os componentes

¹Todos os nomes citados neste texto são fictícios. Também não faço uso de fotografias em virtude da necessidade de não identificar os informantes.

² Refiro-me aqui à instância administrativa intermediária entre a Secretaria Municipal de Saúde e as unidades de saúde nela compreendidas e sobre a qual tratarei em seguida.

das equipes atuantes nessa unidade. Ao mencionar os processos de trabalho das equipes, refiro-me às diversas atividades desenvolvidas pelos diferentes profissionais, em conjunto ou individualmente, ou seja, visitas domiciliares a pacientes da área de abrangência da unidade, ações educativas (palestras, encontros, etc.) direcionadas à população usuária do serviço, atendimento ambulatorial, reuniões de equipe, entre outras.

O trabalho de pesquisa consistiu em observação participante, incluindo também entrevistas com profissionais que compunham as equipes atuantes no local. Através da observação participante procurei apreender as práticas dos profissionais em suas atividades no cotidiano da assistência aos pacientes, bem como a relação entre os membros da equipe.

Meu primeiro contato na unidade investigada se deu com a autoridade sanitária local³; quando da autorização para entrada em campo, procurei-a e conversamos sobre o início das minhas atividades. Combinamos que, para que todos fossem informados do propósito da minha presença no local e da autorização para acompanhar a rotina cotidiana de trabalho, eu participaria dali a alguns dias da reunião mensal que a autoridade sanitária realizava com todos os funcionários da unidade. Assim então eu fiz. Em meu primeiro dia de campo, cheguei à reunião na unidade de saúde e fui formalmente apresentada pela autoridade sanitária ao conjunto dos funcionários. Ao falar sobre a minha presença na unidade, a autoridade sanitária disse que eu estava lá para fazer um estudo sobre o PSF e pediu que eu me apresentasse ao grupo, explicando-lhes sobre os objetivos que propunha alcançar com a pesquisa. Percebi que o objetivo do meu trabalho ficou um tanto vago para a maioria deles, o que se confirmou nos primeiros contatos com diferentes trabalhadores na unidade. Acompanhando uma das agentes comunitárias de saúde num dos primeiros dias em campo, a ouvia me apresentar aos pacientes dizendo que eu estaria fazendo “uma avaliação do PSF” ou “um estudo sobre como a unidade trabalha o PSF”. Preocupada com que a minha função não fosse interpretada como a de uma avaliadora ou fiscalizadora do trabalho no local, alguém que estava lá para verificar a adequação do trabalho deles aos propósitos do programa, aos

³ Autoridade sanitária é a denominação do cargo administrativo de coordenação das unidades de saúde no município de Curitiba.

poucos, e conforme fui me aproximando de cada um, busquei explicar reiteradamente que o objetivo da minha pesquisa consistia em compreender (e não avaliar) como se dava o trabalho em equipe, principalmente a participação das agentes comunitárias no serviço de saúde. Ainda assim, vez ou outra ouvia alguém dizer: “coloca isso no seu relatório”, quando algo não lhe parecia correto, para demonstrar inquietação com a “falta de compromisso” de um ou outro colega. Aos poucos percebi que minha presença foi se tornando menos estranha, assim como também a mim o grupo foi se tornando mais familiar.

Minha formação em saúde me facilitou, de certo modo, a compreensão de alguns termos, tanto aqueles pertencentes à linguagem esotérica das biociências quanto aqueles, não menos esotéricos, usados para falar do funcionamento do serviço. Assim, ao ouvir sobre o diagnóstico ou o tratamento de alguém ou sobre os procedimentos protocolares no cotidiano do serviço, não tinha muita dificuldade em compreender do que se tratava. Por exemplo: “todos os ‘HAS’ e ‘DM’ devem ser registrados no ‘SIAB’”, ou “é preciso fazer todas as visitas aos pacientes TB pra não cair o IDQ”. Por outro lado, alguns termos causaram-me estranhamento no decurso da pesquisa, exigindo um exercício constante de buscar “olhar de fora”. Ou seja, a formação em saúde requeria de mim frequentes movimentos de aproximação e de distanciamento do objeto de pesquisa, de modo a não tomar como dadas informações que pudessem surgir da observação e da convivência cotidiana durante o período de pesquisa.

1.4.1 A APRECIÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A ENTRADA EM CAMPO

Quero tratar aqui do percurso que me levou à entrada em campo na unidade de saúde Nova Esperança.

No início do segundo semestre de 2010, elegi, como campo de investigação, uma outra unidade de saúde, com a qual mantive contato

anteriormente, e que contribuiu sobremaneira para eu pensar algumas questões que levaram à escolha pelo tema. Naquela unidade, desde o início do ano anterior (2009), eu desenvolvía atividades de aulas práticas com alunos de cursos de graduação em saúde e acabava por solicitar cotidianamente o apoio dos agentes comunitários de saúde, para estabelecer contato com pacientes usuários do serviço local de saúde. Diante dessa aproximação já constituída com o serviço e por ser já bastante conhecida naquela unidade, tomei a iniciativa de entrar em contato, informalmente, com a autoridade sanitária local, que se mostrou, desde o início, bastante receptiva quanto à minha pesquisa, me chamando a atenção para a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS). Concordamos que, enquanto transcorria o trâmite de avaliação do projeto no comitê de ética, eu poderia dar início às observações, com o objetivo de levantar dados. Assim, ocupei-me da observação das rotinas, conforme cada um dos meus interlocutores me permitia, tomando o cuidado de esclarecer a cada um (especialmente em respeito a uma relação já bem constituída com a maioria dos trabalhadores do local) sobre os propósitos de pesquisa.

Atendendo à contingência de autorização da Secretaria Municipal de Saúde à realização da minha pesquisa – em virtude do espaço de investigação se constituir em unidade municipal de saúde – dei início, em novembro de 2010, ao processo de submissão do meu projeto à apreciação pelo CEP daquela secretaria. Como regra deste comitê, as pesquisas que ocorram no âmbito do serviço público de saúde devem passar previamente por comitê de ética de alguma instituição de ensino superior para avaliação das implicações éticas e, após aprovação, ser submetidas também ao comitê da SMS para análise da viabilidade do campo. Respeitando o trâmite exigido, em novembro de 2010 meu projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade Evangélica do Paraná (ANEXO 1), instituição com a qual na época eu tinha vínculo como professora, e em seguida encaminhado para o CEP da Secretaria Municipal de Saúde, que em março de 2011 me comunicou, via e-mail, a avaliação positiva em relação à viabilidade do campo (ANEXO 2), encaminhando também modelo

de relatório a ser entregue no fim da pesquisa (ANEXO 3). Vencidas as etapas de avaliação das implicações éticas e de viabilidade de campo, o último procedimento consistiu no encaminhamento do parecer da SMS à unidade de saúde de minha escolha, para que a autoridade sanitária local assinasse autorização de entrada em campo para coleta de dados. Recebi então deste comitê um comunicado, também via e-mail, dizendo que o documento que me autorizava o campo seguia para a autoridade sanitária responsável pela unidade de saúde que eu havia solicitado, à qual caberia a assinatura final, e que eu deveria entrar em contato com a unidade para verificar a autorização local. Ao buscar, várias vezes, a autoridade sanitária para saber a respeito do parecer do CEP, a resposta era de que “não havia ainda chegado nada do comitê de ética”. De um lado o Comitê de Ética afirmava já ter expedido o documento, do outro lado a unidade dizia não ter recebido. Procurei então saber se não havia sido encaminhado ao Distrito Sanitário do Bairro Novo, instância administrativa intermediária entre o nível local (unidade de saúde) e o nível central (Secretaria Municipal de Saúde), mas também lá a resposta era de que ainda não chegara qualquer documento do CEP para pesquisa naquela unidade. Finalmente, em junho de 2011, o Comitê de Ética decide encaminhar uma segunda via, assumindo que a primeira havia se extraviado. Quando finalmente o documento de autorização chega à unidade para assinatura de aprovação, ocorre uma mudança de autoridade sanitária, que, alegando haver muita pesquisa naquela unidade, decide negar o meu campo. Não é do meu conhecimento que na época houvesse pesquisa em andamento na unidade. À argumentação de que era consensual na unidade o aceite à execução da minha pesquisa e que a autoridade sanitária com a qual eu havia negociado a minha entrada tinha estabelecido compromisso de formalizar a autorização assim que chegasse o documento do comitê de ética para assinatura, a resposta é que a secretaria de saúde não autoriza pesquisa antes de todas as etapas do processo de apreciação terem sido cumpridas e que eu não poderia dar início sem todos os documentos assinados. Desse modo, ainda que isso tivesse sido acordado entre mim e a autoridade sanitária anterior, a pessoa que acabava de assumir o cargo tinha o direito de negar a pesquisa caso

percebesse que a unidade não comportaria o estabelecimento de um trabalho de campo. Foi-me perguntado, então, pela secretária do comitê de ética, se eu sugeria alguma outra unidade como campo de investigação. Diante disso solicitei como campo de investigação a unidade de saúde Nova Esperança, devido à sua localização na mesma região e, especialmente, em virtude de já ter mantido breve contato anterior com a autoridade sanitária local, o que talvez facilitasse minha entrada, uma vez que eu não teria tempo para negociação mais demorada com uma unidade da qual não tivesse referência alguma. Rapidamente esta unidade respondeu favoravelmente à viabilidade do campo de pesquisa, permitindo minha entrada a partir do mês de julho. A modificação do cenário político, mais do que propriamente possíveis implicações éticas da minha pesquisa, trouxe mudanças ao meu campo de investigação, transcorrido então na unidade de saúde Nova Esperança, do início de agosto à metade de dezembro de 2011.

Durante todo o período de inserção no campo (já na unidade Nova Esperança), bem como da construção do texto, pensei que as informações obtidas na primeira unidade seriam muito úteis à comparação entre os dois serviços, de maneira a dar uma ideia mais ampla do problema investigado. No entanto, a opção por divulgar esses dados teria como consequência a exposição das pessoas que vinham colaborando com minha pesquisa, uma vez que cópia desta dissertação deve ser entregue aos comitês avaliadores, no fim. Considerando que os meus informantes são funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, entregar texto contendo indicação que levasse à sua identificação no CEP da secretaria seria como delatá-los ao empregador.

Nesse ensejo, esclareço também que os nomes contidos no corpo deste trabalho não correspondem aos nomes verdadeiros, nem dos sujeitos da pesquisa nem tampouco da unidade investigada, sendo, portanto, todos fictícios, como forma de preservá-los.

Ainda que eu não tenha a pretensão de desenvolver, no âmbito deste estudo, reflexão mais aprofundada sobre as implicações da submissão de trabalhos antropológicos a comitês de ética em pesquisa nos moldes das ciências da saúde, experienciar o trâmite desse processo merece, mesmo que

breves, algumas considerações.

1.4.1.1 ÉTICA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

A ética em pesquisa na área da saúde, no Brasil, é regulamentada pela Resolução CNS 196/1996, que estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos e atribui à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) a responsabilidade pela apreciação dos aspectos éticos das investigações. O item VIII dessa resolução estabelece que “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa”, independentemente da área de conhecimento ou tema específico (BRASIL, 1996). Com isso, conforme Bevilaqua (2010), essa resolução pretende abarcar a regulamentação das pesquisas em saúde realizadas por disciplinas fundamentadas sobre bases epistemológicas, teóricas e metodológicas diferentes.

Ao avaliar todas as pesquisas com seres humanos, a resolução 196 expressa o que Cardoso de Oliveira (2004) chamou de “biocentrismo” na visão sobre a ética e, ao não estabelecer uma distinção clara entre pesquisas *em* seres humanos e pesquisa *com* seres humanos, inaugura uma confusão conceitual que permite que a lógica disciplinar específica da biomedicina se imponha sobre as demais, subordinando a pesquisa antropológica a uma visão biocêntrica (BEVILAQUA, 2010).

A referida resolução tem no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por escrito o instrumento privilegiado para a suposta garantia dos direitos dos sujeitos que participam de pesquisas. Entretanto, a conformidade com o modelo biomédico da ética em pesquisa acarreta uma série de complicações para pesquisas que tenham diferente horizonte epistemológico, como é o caso da investigação antropológica.

As pesquisas *com* seres humanos, como é o caso das pesquisas nas

ciências sociais, envolvem relação e interlocução, diferentemente das pesquisas da área biomédica, que frequentemente envolvem uma relação de intervenção. Para as pesquisas que envolvam intervenção, certamente aquele que vai sofrer a intervenção deve ter o máximo conhecimento sobre a pesquisa para poder avaliar suas consequências. Nas pesquisas antropológicas em geral, quando do início do trabalho de campo, o pesquisador tem um problema central bem elaborado, mas que exige ajustes durante o percurso, o que somente é possível a partir da relação estabelecida com os sujeitos da pesquisa. A necessidade colocada no TCLE de que os sujeitos devam saber tudo quanto será abordado para a publicação inviabiliza a realização da pesquisa (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004). Considerando que a pesquisa antropológica somente é possível mediante uma relação dialógica, estabelecida num encontro entre iguais, a adoção do TCLE, ao hierarquizá-la, também a interrompe. O consentimento à pesquisa é dado (ou negado) ao antropólogo durante a convivência e o diálogo com os interlocutores.

A posse da assinatura nos documentos do Comitê de Ética e dos TCLEs assinados parece resolver instrumentalmente os problemas relativos à ética em pesquisa. No entanto,

para a antropologia, mais do que um 'consentimento esclarecido' burocrático e formal, busca o consentimento do(s) pesquisado(s) obtido durante a própria convivência e diálogo entre pesquisadores e pesquisados, em momentos e de formas muito particulares e distintas dos moldes postulados pelos Comitês (LANGDON et al., s/d,: 11).

A ética nas pesquisas antropológicas assenta-se no plano das relações sociais que se estabelecem no campo, e que não estão dadas de antemão, pois emergem da interação entre o antropólogo e seus interlocutores. Além disso, a responsabilidade ética do antropólogo relativamente aos seus interlocutores no campo de investigação não acaba com a conclusão da pesquisa, que se mantém mediante as escolhas sobre *o que, como e quando* publicar. A reflexão sobre as condutas éticas deve orientar a construção dessa relação e o consentimento que é dado por determinado grupo social para a realização da investigação tem origem na relação estabelecida em campo. Da mesma forma,

ainda que o antropólogo não possa controlar a recepção e as implicações decorrentes da publicação dos resultados, não deve se eximir de intervir no debate público sempre que perceber manipulações indevidas de suas publicações, motivadas por interesses que ameacem direitos dos sujeitos da pesquisa (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2010: 30).

Em meu contexto de investigação, conto com o agravante de que meus interlocutores são funcionários do serviço ao qual também se vincula o comitê de ética, o que significa dizer que entregar o produto da pesquisa pode repercutir na exposição destes frente ao seu empregador. Sobre isso fui sempre lembrada por meus próprios interlocutores à medida que, conforme mencionei anteriormente, faziam questão (alguns) de me dar depoimentos para que o serviço soubesse sobre o que acontece no cotidiano de trabalho, como se o meu trabalho representasse um relatório das atividades ali desenvolvidas. Dessa maneira, pensar sobre o que e como escrever foi um problema que me acompanhou durante toda a construção do texto.

Relativamente também às repercussões da relação entre o antropólogo e os sujeitos da pesquisa, sou surpreendida em campo com falas que me dizem sobre como a presença da pesquisadora os fazia pensar a respeito da própria atuação profissional. Exemplo disso foi uma das enfermeiras, que me disse:

sabe, eu achei muito boa a tua vinda pra cá, eu não me senti observada, avaliada, do que você ia achar. Talvez no começo um pouco, alguns tenham ficado, porque a gente não tá acostumado, né. Mas depois não. Acho que a equipe inteira, pelo que a gente conversa, não ficou se policiando quanto a isso mas... assim... você parar, refletir sobre a sua prática, você parar para pensar.

Desse modo, não somente a responsabilidade do antropólogo em relação ao consentimento e aos sujeitos da pesquisa não termina no primeiro contato, quando a pessoa concorda em colaborar com a atividade de pesquisa, como também se desdobra na responsabilidade assumida quanto às repercussões (inevitáveis) da sua entrada em campo e da publicação dos resultados.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO

A organização do texto traz primeiramente uma apresentação sobre a modalidade de política pública que originalmente coloca as questões que orientam essa pesquisa, descrevendo-a e situando-a no contexto mais amplo das políticas de saúde no Brasil. Meu interesse neste ponto não é, contudo, apresentar um referencial teórico a partir do qual se avalia a adequação ou não do serviço local, mas de compreender a organização do serviço conforme suas bases conceituais. No segundo capítulo, apresento o campo de investigação, descrevendo as características do local em que transcorre a pesquisa, a composição e organização das equipes e a rotina de trabalho, de maneira a apresentar a vida cotidiana do grupo, com consequente abertura às discussões contidas no terceiro capítulo e que emergem da articulação dos dois primeiros, sobretudo da inserção no campo. No terceiro capítulo procuro, partindo da caracterização da dinâmica de trabalho no contexto investigado, apresentar discussão sobre suas consequências no fazer em saúde, considerando as situações com as quais convivem os profissionais no cotidiano do serviço, bem como (e especialmente) o papel das agentes comunitárias de saúde no interior das equipes.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A política nacional de atenção à saúde no Brasil passou por um período de transição nas últimas décadas, dentro de um contexto mais amplo de redemocratização e especialmente fomentado, inicialmente, pelo “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira”, iniciado na segunda metade da década de 1970. Este movimento, constituído por segmentos populares (representados por entidades comunitárias, profissionais e sindicais), pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde, produziu uma ampla discussão que buscava denunciar o que considerava mazelas produzidas pelo Estado totalitário responsável pela instituição de políticas de saúde privatizantes e favorecedoras da mercantilização do setor saúde. Seus propósitos incluíam a declaração, no texto constitucional, de um conceito ampliado de saúde, que considerasse seus determinantes sociais, e uma visão também ampliada das responsabilidades do Estado com a saúde. No bojo dessas discussões começam a se delinear os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde.

A origem do que veio a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) é claramente marcada pelas propostas do modelo internacional para a política de cuidados primários em saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e descritas na Declaração de Alma-Ata⁴: acesso integral e igualitário às ações e serviços de saúde, criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, atenção integral à saúde e descentralização da administração dos serviços com vistas a garantir a participação comunitária por meio do “controle social” (NOVO, 2010). As discussões culminaram, então, nas proposições estabelecidas na Constituição Federal (CF) de 1988 e subsequentes regulamentações que propunham uma nova forma de agenciamento da saúde sob os pressupostos de acesso integral e universalizado aos serviços.

A noção de universalidade supõe o direito de todos aos serviços de saúde,

4 Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em Alma-Ata, Cazaquistão, antiga URSS, no ano de 1978, que contou com a participação dos ministros da saúde de todos os países participantes da OMS.

incluindo o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Arelada à noção de universalidade de acesso, a noção de integralidade da assistência expressa a ideia de um conjunto articulado das ações no sistema, o que significa dizer que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde. Volto a tratar das conotações desses termos em seguida.

A partir de 1990, a construção do sistema público de saúde começa a se materializar sob o entendimento de que saúde é “direito de todos e dever do Estado”, como disposto no artigo 196 da Constituição Federal, e resultante de uma série de fatores intervenientes:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (CF, art. 3º)

Este conceito “ampliado” de saúde, como trata a literatura da área, declara o reconhecimento de que as condições de vida, mencionadas em termos de “determinantes” e “condicionantes” da saúde, indicam para uma concepção que, ultrapassando as dimensões biológicas e ecológicas da saúde, pretende alcançar uma dimensão social. O contexto de transformação sociopolítica do país, em curso no período, foi sem dúvida fator importante para esse direcionamento. Ao politizar o tema saúde, investiu-se também na construção de uma base jurídico-legal que amarrasse a organização de um sistema único para a saúde, instaurando-se sua dimensão regulatória, com uma base jurídico-legal e administrativa institucionalizada.

Juntamente ao conceito de saúde, o sistema de saúde está assim definido:

o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde. (art. 4º)

Trata-se agora de compreender dois outros elementos importantes, para um entendimento mais amplo do que seja o SUS: as noções de “sistema” e de “unicidade”. A noção de sistema significa que não se trata de um novo serviço

ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e do setor privado contratado e conveniado, seguidores dos mesmos princípios e normas do serviço público no desenvolvimento de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Diferentemente do modelo anterior de atenção à saúde, cujas ações tinham caráter eminentemente curativista, ou seja, centradas no atendimento de indivíduos doentes, e cujas ações voltadas à saúde das coletividades restringia-se às campanhas (de vacinação, por exemplo), o novo modelo procura não priorizar um tipo de atividade em detrimento de outro, assegurando então atendimento aos doentes, mas focando também em ações de promoção e proteção da saúde. Proteger a saúde significa reduzir (ou eliminar) riscos por meio de ações específicas (como vacinação, ações de educação em saúde, controle da qualidade da água, etc.), baseando-se no conhecimento científico para a identificação dos fatores de risco e de proteção. Promover quer dizer fomentar, estimular a qualidade de vida das pessoas, o que requer a criação de políticas públicas que reduzam a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e que, por extrapolarem o âmbito estrito dos serviços de saúde, implicam em articulação com outros setores do Estado. Contudo, além das obrigações do Estado, a ideia de promoção da saúde, condizente com o entendimento de saúde como produção social e direito de cidadania, considera também a participação popular na gestão do cuidado. Assim, promover saúde implica um processo de capacitação das comunidades para a atuação em direção à melhoria da qualidade de vida e de saúde, enfatizando a necessidade de maior participação popular no controle deste processo.

A noção de unicidade, por sua vez, quer dizer que o sistema deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. O que é definido como único na Constituição, portanto, é um conjunto de princípios “doutrinários” e “organizativos” do sistema de saúde (CUNHA e CUNHA, 1998; PAIM, 2009). Assim, para que o sistema seja único, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país.

Os “princípios doutrinários” do sistema estão descritos em termos de

universalidade, equidade e integralidade. A universalidade diz respeito à superação do caráter anteriormente excludente – que assegurava direito à saúde apenas aos trabalhadores segurados do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e depois do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) – e estabelece que o acesso ao serviço público de saúde é direito de todas as pessoas. Na organização do serviço, no entanto, as pessoas têm acesso ao atendimento, sobretudo a tratamento continuado, somente mediante comprovação de residência na área de abrangência de determinado serviço. Ou seja, cada pessoa que queira ou precise ser atendida pelo serviço de saúde deve dirigir-se ao serviço de referência para a localidade em que resida. Tal procedimento parece colocar em xeque a atenção ao princípio que declara acesso a todos, à medida que nega tratamento a pessoas não moradoras da área de abrangência de determinado serviço. O argumento para esta forma de organização, amplamente difundido e aceito no âmbito da saúde pública, consiste na necessidade de otimização da organização da oferta de serviços. Organizar a oferta não significa impedir o acesso, mas racionalizá-lo, com vistas, sobretudo, à gestão dos recursos.

A equidade determina que a organização do serviço deve atender prioritariamente os grupos mais necessitados dos cuidados em saúde, de modo a diminuir a desigualdade da atenção, sob o entendimento de que, apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Atender ao princípio da equidade significa investir mais onde a carência é maior. O emprego dos termos igualdade e equidade pode gerar, todavia, a ideia de contradição, pois, se por um lado o acesso deve ser igualitário, por outro deve priorizar aqueles que mais necessitem. Para diferenciá-los, é preciso esclarecer que acesso igualitário quer dizer acesso igual para todos, para prevenir contra atitudes de preconceito ou discriminação no atendimento aos usuários, ou seja, o mesmo tipo de atendimento deve ser oferecido a todas as pessoas. No entanto, em situações em que ocorram grandes desigualdades de acesso aos serviços, atender igualmente (no sentido de oferta dos serviços) poderia resultar em manutenção dos quadros de desigualdade. Dessa maneira, para alcançar a

igualdade, no que diz respeito à distribuição dos recursos, deve-se tratar desigualmente os desiguais, priorizando os que mais precisem.

Finalmente o princípio da integralidade, que é o mais controverso e revestido de múltiplos entendimentos. Primeiramente vale dizer que, conforme adverte Mattos (2004), o texto constitucional não utiliza a expressão 'integralidade', mas fala de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. No entanto, o termo passa a ser amplamente utilizado na área para designar esse princípio, assumindo diferentes sentidos. Não tendo como propósito, aqui, alcançar todas as nuances de sentidos que o termo integralidade assume no campo da saúde coletiva, me ocupo, no entanto, de compreender duas das principais acepções correntes no campo da saúde coletiva.

Numa primeira acepção, o princípio da integralidade quer dizer que as pessoas devem ter um atendimento eficaz no tratamento de uma doença já instalada e, sobretudo, acessar serviços de prevenção e promoção da saúde, pressupondo assim a articulação da saúde com outras políticas públicas que tenham repercussão na saúde dos indivíduos. Diz respeito então à integração entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, garantindo o acesso do usuário às ações e aos serviços necessários à resolução do seu problema, de acordo com o que o caso exija, no que compete a cada um destes níveis.

A integralidade, numa segunda acepção, bastante debatida no campo da saúde coletiva, diz respeito fundamentalmente à recusa de perceber o sujeito (o paciente) somente em sua dimensão biológica, propondo-a como "um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram" (MATTOS, 2004: 06). Trata-se de modificar a relação tradicional entre profissionais e pacientes, marcada pelo distanciamento entre um e outro.

Conforme Oliveira (2002: 71),

é hora, portanto, de reconduzirmos o "paciente" ao centro da relação com os serviços de saúde, superando a visão de uma relação médico-paciente tradicional e partindo para uma relação efetiva entre sujeitos, que são

diferentes, é claro, mas ainda assim sujeitos.

Intenta-se que a relação entre serviços de saúde e usuários deva abranger diversos aspectos, que vão além do mero encontro físico entre profissional e paciente. Os serviços devem funcionar atendendo ao indivíduo como ser humano integral, levando em conta também suas especificidades socioculturais. É preciso considerar a forma de organização das políticas públicas de cada localidade, bem como as concepções sobre o que seja saúde e sobre o que seja doença para os pacientes. Citando ainda Oliveira (2002: 64), atender ao princípio da integralidade requer compreender que

a doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante. Não queremos dizer com isso que exista uma sequência de “primeiro biologia e depois cultura”, mas sim que existem percepções culturais acerca de um fenômeno que também abarca o biológico, mas que o supera. Ou seja, uma determinada pneumonia bacteriana pode ser causada pelo mesmo agente infeccioso em todo o mundo, com alterações fisiopatológicas equivalentes em diversos indivíduos. Mas a forma de tratamento, o sistema de saúde disponível e, sobretudo, a percepção que a pessoa acometida terá sobre a sua doença variarão enormemente.

Sendo assim, entende-se por integralidade a atenção à subjetividade e à intersubjetividade no cuidado e na tecnologia da assistência. Quer dizer que a organização das práticas profissionais, do trabalho e das políticas públicas em saúde deve contemplar a escuta do profissional e da população. Implica na recusa à objetivação dos sujeitos e na abertura para o diálogo, que necessariamente se deve fazer no contexto concreto de vida das pessoas.

Sintetizando as duas concepções acerca do conceito, integralidade é o direito de acesso dos usuários às diversas ações dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis organizacionais e na relação com outros setores do serviço público. Ela também se refere ao modo de atendimento aos pacientes quando da sua busca pelo serviço, propondo fundamentalmente superar o referencial baseado unicamente na dimensão biológica para a compreensão dos fenômenos ligados aos processos de adoecimento e apostando numa modificação no modelo de relação que se estabelece entre profissionais e pacientes.

Passando aos princípios organizativos, eles dizem respeito a um novo

formato de organização do sistema e estão descritos como: descentralização, regionalização e hierarquização, e participação popular.

A descentralização é uma forma de organização que confere aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais, pretendendo tornar o sistema mais eficiente ao permitir que as soluções sejam tomadas no próprio local onde o problema é identificado. Aos estados cabe, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, coordenar a prestação dos serviços de saúde na sua área de abrangência e prestar cooperação técnica aos municípios na organização e desenvolvimento dos serviços. À direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde, cabe a responsabilidade pela normatização, a assessoria técnica, o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas pelas gestões dos municípios.

A regionalização e a hierarquização são então percebidas como pressupostos da descentralização. Ou seja, são formas de organizar o sistema, tanto com relação ao atendimento quanto com relação à aplicação dos recursos.

Entende-se por regionalização a distribuição dos serviços numa determinada área, considerando-se os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população. Um dos objetivos desta forma de organização é evitar a duplicidade de ações, ou seja, duas ou mais unidades de saúde realizando o mesmo tipo de serviço numa mesma localidade, quando uma só unidade poderia dar conta do atendimento.

Por hierarquização entende-se a divisão dos serviços em níveis de complexidade (tecnológica): atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária, ou atenção básica, é o trabalho desenvolvido pelos profissionais (generalistas) atuantes nas unidades de saúde e compreende as atividades de prevenção e tratamento das doenças; a secundária diz respeito ao acesso ao atendimento médico especializado, e a terciária à assistência hospitalar. A hierarquização deve, além de proceder à divisão de níveis de atenção, garantir formas de acesso aos serviços que componham toda a complexidade requerida para cada caso, incorporando-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de

informações do nível básico do serviço (contrarreferência). A atenção primária é, desse modo, a “porta de entrada” ao sistema de saúde.

Regionalização e hierarquização indicam que os serviços de saúde devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade (tecnológica), circunscritos a uma determinada área geográfica, e planejados a partir de parâmetros epidemiológicos, num processo de articulação entre os serviços já existentes, respeitando o comando unificado dos mesmos.

A participação popular trata da obrigatoriedade da organização de conselhos de saúde cuja atribuição principal é controlar e fiscalizar o SUS. A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. As conferências são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do serviço), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para a avaliação da situação de saúde e proposição das diretrizes para a formulação e/ou reformulação da política de saúde nos três níveis de governo. A participação, na perspectiva do controle social, possibilitaria à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos ‘interesses da coletividade’. Com a ‘participação da comunidade’ na gestão do SUS se estabeleceria uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde passariam a ser ‘negociadas’ com os representantes da sociedade.

Conforme Mattos (2009), a Constituição Federal então cria o SUS, num contexto político de importante pressão – representada neste caso pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira – pelo acesso aos serviços públicos de saúde e que buscava denunciar a crise na organização destes serviços à época, sobretudo por seu “cunho tecnocrático, autoritário, centralizador e privatizante” (: 772). Contudo, para esse autor, a implementação do sistema se dá num contexto (pós-ditadura) cujo cenário internacional apontava para a difusão do ideário neoliberal, com a proposta de redução da atuação do Estado também no setor saúde. No cenário nacional, o restabelecimento das eleições diretas levava à presidência da república

governos que efetivamente incorporaram este ideário. Resultado de um processo de negociação travado na arena da Assembleia Constituinte, algumas questões polêmicas foram tratadas de modo excessivamente genérico no texto promulgado em 1988, delineando um sistema de saúde que não era exatamente o imaginado pelo movimento sanitário que lhe deu origem, sobretudo porque, apesar de assegurar o direito de acesso universal e igualitário às ações dos serviços de saúde, abre espaço para que alguns serviços privados possam participar em caráter complementar por meio do estabelecimento de contratos de direitos públicos. Diferentemente do que idealmente aspirava o movimento sanitário, com estas concessões o SUS acaba por não se constituir no único sistema de saúde, mas em mais um dos sistemas, financiados com dinheiro público, convivendo com outros sistemas de saúde, reunidos sob a rubrica da saúde suplementar. Pode-se dizer, então, que a proposta do movimento pela reforma sanitária brasileira, orientada para a instituição de um único sistema de saúde, gerenciado e mantido inteiramente pelo Estado, vai à contracorrente do ideário neoliberal que crescia fortemente no cenário político nacional e internacional, e o SUS que se foi desenhando ganhou contornos distintos daqueles desejados pelo movimento político que o fomentou.

2.1 MODELO BIOMÉDICO, EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E DIVERSIDADE CULTURAL

Com a instituição do Sistema Único de Saúde, o que estava em questão era garantir o acesso aos serviços de saúde, a descentralização da gestão e o controle social. Sua implementação, contudo, traz alguns desafios importantes: o primeiro diz respeito à efetivação da organização dos serviços e das práticas de saúde e, mais recentemente, a transformação das práticas.

A ideia de que os problemas de saúde têm origens diversas e precisam ser percebidos a partir dos contextos em que ocorrem ganha espaço nas

discussões no campo da saúde e a organização do serviço público começa a experimentar a convivência entre diferentes paradigmas, com destaque para a epidemiologia social e o modelo biomédico.

O SUS, em termos discursivos – sobretudo à medida que propõe, a partir do princípio da integralidade, que o paciente seja percebido além da sua dimensão biológica –, parece colocar em questão a hegemonia da biomedicina como referencial único para o entendimento dos fenômenos saúde e doença. No entanto, inseridos num contexto mais amplo de política internacional, as políticas e programas de saúde no Brasil têm neste modelo o seu referencial. De acordo com vários autores que se ocupam de tomar a biomedicina como objeto de investigação antropológica, ainda que (alguns deles) não necessariamente no contexto brasileiro (tais como HAHN, 1995; HERNAEZ, 2008; LAPLANTINE, 2004; KLEINMAN, 1997), o modelo biomédico tenderia a conduzir para a conformação de uma prática de trabalho orientada à individualização dos processos mórbidos e sua descontextualização das realidades socioculturais, bem como a uma percepção reificada do paciente em seu aspecto biológico.

A reificação do paciente, por sua vez, implica, segundo a leitura de Taussig (2005), a objetivação das relações humanas e questões sociais, por meio da individualização e biologização de problemas, num processo de coisificação do mundo, das pessoas e da experiência. Ao negar as relações humanas encarnadas em sintomas, signos e terapias, não somente se estaria mistificando, mas também reproduzindo uma ideologia política a partir de uma suposta neutralidade científica, que se ocuparia de “coisas reais” (físicas e biológicas). A objetividade característica das sociedades ocidentais, e que tem no saber biomédico um importante representante, consistiria num axioma cultural básico que organiza as contradições inerentes à cultura ocidental e sua concepção de objetividade. As manifestações de uma enfermidade seriam como símbolos da estrutura social e o profissional que faz o diagnóstico os vê e os interpreta com olhos treinados pelas determinações sociais da sua percepção, o que é negado por uma ideologia ou epistemologia que considera suas criações como coisas substanciais em si mesmas, sustentando a ilusão

de que a ciência consistiria no mero registro fiel dos “fatos” da vida. Tais fatos teriam “vida própria”, isentos de vinculação com o contexto social que os originou e fechados em sua própria autoconstituição.

No âmbito do SUS, sobretudo na atenção primária à saúde, trabalhar no ambiente onde as pessoas vivem, em contato com as doenças concebidas como processos vividos e elaborados internamente aos contextos sociais e culturais, exigiria o rompimento das limitações da visão reificada/coisificada sobre o paciente que marca o modelo formador em saúde e condiciona as práticas de trabalho. No contexto investigado, os problemas dos pacientes, que extrapolam o universo do conhecimento científico, se fazem presentes no cotidiano de trabalho e são objetos de especial preocupação dos trabalhadores, como nos seguintes depoimentos:

Não tem jeito, o paciente que a gente vê no livro não existe. O que existe é isso aqui com o que a gente tá trabalhando. Pessoas reais, com problemas reais. A maioria das pessoas que eu atendo eu sei como vivem, que tipo de problemas familiares, [e que tipo] de problemas sociais têm, e não tem como ser diferente. Daí que a gente resolve o problema [com o] que ele veio no dia, mas não é só isso. Eu resolvo, por exemplo, a cárie que ele tem, o dente que tá doendo, mas eu sei como lá na casa dele as coisas estão. (Marcia, dentista)

O paciente que a gente estuda na teoria é bem bonitinho, ele tem lá um quadro clínico, às vezes supercomplicado, descrito pra que você consiga raciocinar sobre a melhor maneira de tratar, mas quando se está com o paciente de verdade ele é bem mais que isso e você entende melhor inclusive por que ele tá daquele jeito, mas ao mesmo tempo tu vê que não consegue resolver nem a metade. (Aline, enfermeira)

A maioria dos problemas aqui são psicossociais. (Denise, médica)

O paciente reificado “não existe” e, à medida que se tem contato mais próximo com ele, “não tem jeito”, o contexto em que ele vive aparece o tempo todo e, pelo menos na atenção primária (principalmente no PSF, conforme tratarei mais adiante), “não tem como ser diferente”. Não só os problemas de saúde não têm vida própria, apresentando-se com a vinculação social que contribuiu para sua origem, como também não são os únicos ou os mais importantes problemas do paciente, e a categoria “psicossocial” passa a ter sentido ou ser usada para dizer daquilo que a formação biológica não dá conta de compreender. Há agora um paciente que se apresenta e é percebido em sua multidimensionalidade, e a objetividade é bastante útil para pensar uma

dessas dimensões, a biológica.

Relativamente à epidemiologia social, outra forte influência na organização do serviço público de saúde, as preocupações estão voltadas às questões concernentes às condições sociais dos pacientes, em específico com as condições materiais de vida que propiciem quadros de adoecimento. O trabalho em saúde então deve servir como ferramenta para a transformação social. Os problemas de saúde são tomados, nesta perspectiva, como “processo saúde-doença”, o que significa dizer que deve ser considerado em inter-relação com os diferentes fatores que contribuem para a ocorrência das doenças, bem como considerar o seu caráter temporal e dinâmico. A saúde deve ser vista como responsabilidade do Estado que, reconhecendo que as condições de saúde guardam profundas relações com as condições econômico-sociais, deve intervir por meio de ações tanto propriamente médicas quanto sociais, e a epidemiologia ofereceria a fundamentação para estas ações.

Diferentemente da epidemiologia clínica, que tenta recuperar o conhecimento epidemiológico para a tomada de decisões na saúde individual, a epidemiologia social trata da contestação à visão clássica da epidemiologia, criticada como reducionista, funcionalista ou positivista. A denominação “social”, embora implícita à própria natureza da epidemiologia, tem o intuito de procurar melhor entender a situação de saúde das populações, tendo como pilares as ciências sociais, as ciências biológicas e a estatística. Por sua própria definição, a epidemiologia circunscreve seu objeto de estudo no campo do coletivo, reconhecendo assim o seu caráter social.

Por outro lado, apesar então de o serviço público de saúde passar a se ocupar de reconhecer as condições materiais de vida que envolvem os processos de adoecimento, e com isso avançar em direção à compreensão da vida tal como experienciada pelo paciente, há ainda uma ideia um tanto desenvolvimentista, baseada na ciência alicerçada em análises epidemiológicas, econômicas e políticas que privilegiam a observação de dados objetivos/quantitativos do estado de saúde da população.

Para Kleinman (1997), o desenvolvimento social, envolvendo a academia, as agências governamentais e instituições internacionais como o Banco

Mundial, é orientado em torno do que se pode chamar de desenvolvimento baseado na ciência, tomando como parâmetro análises econômicas e epidemiológicas que privilegiam a medição. O campo do desenvolvimento social, assim, se conectaria com a ideia de que progresso e prosperidade são naturais e sociais e as dificuldades da saúde, como “problemas humanos”, constituem os obstáculos ao progresso e exigem soluções técnicas. Nessa ótica, a pobreza é construída como um fator de risco, os contaminantes ambientais são causas precipitantes, e microrganismos são os agentes para os quais soluções técnicas podem ser organizadas. As ideias de progresso e desenvolvimento assumem um padrão universal contra o qual as experiências de diferentes sociedades podem ser comparadas como evidências de maior ou menor sucesso, e as particularidades de mudança social em contextos locais devem ser resolvidas para se adaptar à métrica universal.

A modernização de uma sociedade implica um movimento de transição que separa o subdesenvolvimento do desenvolvimento. Transição esta diversamente chamada, no campo da saúde, de demográfica, epidemiológica ou, simplesmente, transição em saúde, e considerada um dos marcos mais importantes no caminho do progresso, tomado desde uma perspectiva científica (KLEINMAN, 1997; HAHN, 1995).

A própria determinação do que seja saúde ou do que seja doença, num país marcado pela diversidade cultural, constitui uma tarefa arriscada. Ao propor que a saúde é um direito de todos, cabe perguntar: qual saúde? A proposta de construir um serviço capaz de atender a pluralidade cultural esbarra na própria natureza do Estado, não mais totalitário como em época anterior, mas também normatizador e que toma a biomedicina como a cultura a partir da qual se determina o que seja saúde e, conseqüentemente, quais as ações de cuidado consideradas adequadas.

A instituição do Sistema Único de Saúde garante o acesso universal e igualitário das ações e serviços de prevenção e manutenção da saúde, bem como a participação da comunidade para o seu controle; contudo, o reconhecimento também do caráter pluricultural do Brasil representa um importante desafio e tem como repercussão a criação subsequente de

estratégias de adequação da atenção à saúde a grupos populacionais específicos. Assim é estruturado, por exemplo, o subsistema de atenção básica nas áreas indígenas, ressaltando a necessidade de fornecer atenção diferenciada e que concomitantemente garanta o acesso universal aos serviços de saúde, bem como o respeito e a valorização da medicina tradicional (LANGON et al., 2006).

Para outros segmentos da sociedade, a atenção à diversidade cultural assenta-se, genericamente, no respeito a essa diversidade, sugerindo a ideia de que os serviços de saúde sejam culturalmente sensíveis e preparados para entender a satisfação das necessidades próprias de saúde dos pacientes, sobretudo em locais onde essa diversidade cultural seja mais pronunciada. Os próprios princípios de controle social e participação popular são propostos também como instrumentos para garantir a atenção às especificidades locais.

De acordo com Wawzyniak (2009), historicamente verifica-se a influência de políticas mais gerais de âmbito mundial sobre a dinâmica da participação popular nos serviços de saúde, em nível nacional, regional ou local. Dessa maneira, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada pela OMS em Alma-Ata, em 1978, ao propor o plano “Saúde para Todos até 2000”, coloca-se como marco crítico na postura universalizante do sistema biomédico de saúde, à medida que busca “garantir o acesso universalizado aos cuidados primários de saúde integral através da promoção, prevenção, cura e reabilitação a um custo acessível, bem como o respeito e a colaboração entre representantes das práticas tradicionais e da biomedicina” (WAWZYNIAK, 2009: 61).

Nas últimas décadas vêm ganhando notoriedade estratégias de aproximação do serviço às populações usuárias, permitindo a parceria com outros serviços disponíveis nas comunidades. Essas estratégias em geral apostam na inserção de pessoas moradoras das localidades atendidas ao serviço público de saúde.

2.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família – PSF surge no cenário das políticas públicas de âmbito federal, em 1994, como estratégia para a consolidação do SUS, criando instrumentos ou intervenções para a reversão do modelo assistencial vigente, a partir da atenção primária (BRASIL, 1997). A primeira etapa de sua implantação foi iniciada em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS⁵ nas unidades básicas de saúde⁶, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 2000:05)

O trabalho é estruturado a partir de unidades públicas de saúde, com equipes multiprofissionais que assumem a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, desenvolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. A proposta é não

5 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe desde o início dos anos 1990 e é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF). O desenvolvimento das principais ações desse programa se dá por meio da atuação de agentes comunitários de saúde, que são pessoas selecionadas dentre moradores da localidade em que se situe a unidade de saúde para atuarem junto à população fazendo cadastramento dos usuários do serviço de saúde, monitoramento da situação de saúde na localidade mediante realização de visitas domiciliares e executando ações de educação em saúde. Suas atividades são supervisionadas por um enfermeiro lotado na unidade de saúde. Nas unidades básicas – e que, portanto, não operam pelo PSF, mas pelo PACS –, o agente comunitário de saúde é o único trabalhador que tem por obrigação cotidiana a execução de atividades externas à unidade de saúde. Nas unidades PSF, todos os componentes das equipes de saúde têm como atribuição as ações externas. Na cidade de Curitiba, a rede pública de saúde conta com 55 unidades PSF e 50 unidades básicas (em que agentes comunitários atuam vinculados ao PACS).

6 Por unidades básicas entende-se as unidades de saúde que não operam pela lógica da Saúde da Família, o que significa que, apesar de haver trabalhadores das mesmas categorias que compõem as equipes de PSF, não há obrigatoriedade de trabalho em equipe ou trabalho externo ao espaço da unidade de saúde. Os agentes comunitários de saúde estão presentes também nestas unidades, mas vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, e são os únicos que se ocupam de visitas domiciliares aos pacientes, priorizando aqueles inscritos em programas específicos, como hipertensos, diabéticos, gestantes, etc. A atenção básica (ou primária) à saúde atualmente no Brasil conta com unidades “não PSF” (também chamadas de unidades básicas) e unidades PSF.

voltar a atenção somente ao indivíduo doente, mas ao seu núcleo familiar, considerando o contexto sociocultural em que se insere, priorizando as ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças, de forma integral e contínua, onde a apreensão de uma noção ampliada de saúde possibilite humanizar as práticas de saúde através do estreitamento da relação profissional/usuário (BRASIL, 1997; 2000; 2001; 2002; 2009).

A saúde da família propõe estruturar a organização do sistema de saúde, assumindo a responsabilidade de referenciar-se como a principal estratégia tanto de reformulação do modelo de assistência, quanto de transformação das práticas em saúde. Em virtude deste entendimento, a própria denominação de Programa Saúde da Família (PSF) é, por vezes, substituída nos textos oficiais (especialmente naqueles publicados pelo Ministério da Saúde), por “estratégia” Saúde da Família. A intenção de reconsiderar a denominação é de retirar da Saúde da Família a ideia de que seria “mais um programa de saúde”, uma vez que sua instituição não deveria ter um caráter puramente estruturante do serviço, mas de fomentador da transformação das práticas de trabalho em saúde. As duas denominações são, até agora, igualmente encontradas em textos de publicação do ministério e das secretarias de saúde do estado e do município. No cotidiano do serviço na atenção primária, no entanto, e sobretudo no local da minha investigação, a denominação corriqueiramente usada é PSF ou Saúde da Família, e a palavra “estratégia” em nenhum momento é mencionada.

Procurando viabilizar a transformação das práticas em saúde, as equipes de saúde da família devem ter como rotina de trabalho um contato com os pacientes que extrapola o espaço das unidades de saúde, estendendo o cuidado ao âmbito do domicílio dos seus pacientes, aproximando-se da vida cotidiana das famílias e, a partir desse contato, propiciar o surgimento de uma relação de confiança e “corresponsabilidade” no cuidado em saúde.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das

unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. (BRASIL, 1997: 08)

Ao estender a atenção também aos domicílios dos pacientes, a organização da agenda de trabalho na unidade contempla a realização de visitas domiciliares aos pacientes atendidos pelo serviço. No cotidiano de trabalho em geral os pacientes priorizados são aqueles que por algum motivo não conseguem se locomover até a unidade de saúde para atendimento (em especial doentes acamados), pacientes portadores de doenças cujos protocolos que orientam os tratamentos preconizam uma frequência específica de atenção no domicílio, como é o caso de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, etc.) ou com doenças infectocontagiosas (tuberculose, hanseníase, etc.).

A menção a que a atenção esteja centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social sugere que não há um conceito de família estabelecido *a priori*, mas que o que conta como família depende do contexto em que o trabalho se realiza. Todavia, ainda que os programas em desenvolvimento na área da saúde no Brasil não tenham explicitado um conceito do que seja família no âmbito de suas ações, no cotidiano do serviço (a exemplo do que ocorre no contexto investigado) família caracteriza-se pelos moradores de um mesmo domicílio. Assim, as equipes visitam residências nas quais, por força de circunstâncias particulares, se encontram diferentes configurações familiares.

Para atingir os objetivos a que se propõe o PSF, são elencados os seguintes princípios (BRASIL, 1997):

- Caráter substitutivo: refere-se à substituição das práticas de assistência meramente curativas, pelo trabalho centrado na vigilância à saúde, não sendo necessária, para tanto, a criação de novas estruturas de serviços (novas unidades de saúde), mas que as unidades básicas já existentes tornem-se Unidades de Saúde da Família, contando com equipe multiprofissional habilitada para desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. As unidades existentes devem se tornar unidades PSF.

– Integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de atenção no sistema local de saúde, denominada atenção primária, ou seja, representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município. A unidade deve estar vinculada a uma rede de serviços, de forma que se garanta o acesso dos usuários aos demais níveis do sistema por meio de encaminhamento (referência) aos diversos níveis quando for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados e seu retorno (contrarreferência) para acompanhamento na unidade de origem. Está se falando então das unidades de saúde como uma “porta de entrada” a partir da qual se tem acesso aos diferentes serviços dentro do sistema de saúde.

– Territorialização e adscrição da clientela: cada equipe deve trabalhar com um território de abrangência definido, responsabilizando-se pelo cadastramento e acompanhamento de 600 a 1000 famílias residentes na área para que, a partir do ambiente físico e social, a equipe possa ter uma compreensão do processo saúde/doença que lhe permita intervir adequadamente. Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo do número de famílias a ela vinculadas.

– Equipe multiprofissional: é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo essa composição variar conforme a necessidade epidemiológica de cada localidade. Os profissionais que compõem as equipes devem estabelecer entre si um “diálogo horizontal” como norma de trabalho, respeitando os diferentes saberes que se encontram no cotidiano da atuação. A partir de 2001, às equipes mínimas somam-se as equipes de saúde bucal compostas por um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD).

A equipe de saúde deve estar preparada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento destas e diagnóstico das suas características sociais e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais esta população esteja exposta; elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano

local para o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença; prestar assistência integral, respondendo à demanda programada ou espontânea, na unidade de saúde, na comunidade e no domicílio dos pacientes; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 2001).

O ingresso dos funcionários no serviço público de saúde se dá por meio de concurso público. No caso do agente comunitário de saúde, há também um processo seletivo ao qual os candidatos devem se submeter, mas seu contrato de trabalho é regido pela CLT (consolidação das leis do trabalho), ao contrário dos demais, que são estatutários.

Para os profissionais de formação superior e ensino médio e técnico, o processo de seleção envolve uma prova escrita em que são solicitados conhecimentos relativos à legislação em saúde, mais especificamente ao sistema único de saúde e à estratégia saúde da família, bem como conhecimentos específicos inerentes a cada profissão.

A entrada do ACS também ocorre mediante avaliação em prova escrita com conteúdos que, no entanto, não exigem conhecimentos específicos ou relativos à legislação ou ao funcionamento do sistema. São solicitados, na prova para agente comunitário de saúde, interpretação de texto, redação e cálculos de matemática básica. Após aprovação na avaliação escrita, é procedida entrevista com dois profissionais de saúde (necessariamente com formação superior) e representantes do conselho local de saúde, a fim de verificar aqueles que verdadeiramente tenham inserção na comunidade local e sua aptidão ao trabalho em saúde. Cabe salientar que, após a contratação, caso o ACS passe a residir em outra região, ele é desligado do serviço. Um agente comunitário de saúde deve necessariamente ser morador da área em que trabalha.

Ao tratar da contratação do ACS, o Ministério da Saúde declara que

o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional *sui generis*. Oriundo da comunidade, como alude a sua denominação, deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico. Na seleção de um servidor público comum, procura-se, a princípio, a pessoa mais qualificada tecnicamente para o exercício daquele mister. Aqui, não necessariamente. São fundamentais os aspectos de solidariedade e

liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. Os ensinamentos técnicos virão depois, mediante os cursos ministrados pelo Poder Público. Assim, em primeiro lugar, busca-se, para o ACS, um perfil mais social do que burocrático ou técnico. (BRASIL, 2002: 09)

Vencidas as etapas de seleção, todos os funcionários da saúde da família passam por treinamentos sobre o processo de trabalho das equipes (atribuições de cada um, rotina de trabalho, alimentação adequada dos sistemas de informação da atenção básica, etc.).

Cabe salientar que, tal como geralmente ocorre nas unidades de saúde que operam dentro da lógica PSF, a unidade em que transcorreu minha pesquisa apresenta dificuldade em manter completo seu quadro de funcionários, sobretudo pela falta constante de médicos. Nesta unidade (como tratarei adiante) atuam três equipes de saúde, mas desde que foi fundada, conforme me informaram alguns funcionários, sempre em uma delas está faltando o médico. A intensa rotatividade de médicos no PSF se dá principalmente sob o argumento da falta de remuneração adequada e da grande carga horária de trabalho, levando-os a optar pela transferência para unidades básicas, nas quais a carga horária de trabalho é mais flexível e as incumbências dos profissionais de saúde não envolvem ações sistemáticas e cotidianas de educação em saúde e visitas domiciliares.

No tocante à relação para a articulação administrativa do serviço entre as três esferas de governo, esta deve se dar no sentido de cooperação (técnica e financeira), mas são os municípios os espaços de execução do programa, enquanto projeto estruturante da atenção básica, cabendo, portanto, a este nível de gestão a definição dos meios e condições operacionais para a sua implantação. Cada município deve solicitar à Secretaria Estadual de Saúde a adesão ao PSF. De acordo com o que esclarece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as atribuições específicas de cada esfera de governo consistem em:

- Governo Federal (Ministério da Saúde): elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as

bases de dados nacionais;

- Governos Estaduais (Secretarias de Estado da Saúde): acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; cofinanciar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território;

- Prefeituras (Secretarias Municipais de Saúde): definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); cofinanciar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Em Curitiba, a adesão ao Programa Saúde da Família se deu em 1996 (CURITIBA, 2002) e, decorrente do processo de descentralização, o serviço de saúde na cidade se organiza a partir de Distritos Sanitários (DS)⁷, que são instâncias administrativas do sistema subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente são nove distritos: Solitude, Matriz, Boa Vista, Cajuru, Portão, Boqueirão, Pinheirinho, CIC e Bairro Novo. O Distrito Sanitário do Bairro Novo, ao qual se vincula a unidade investigada, compreende também outras 11 unidades de saúde.

Este DS inclui uma rede de serviços integrados pelos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, contando com todas as suas unidades de saúde operando sob a lógica do Programa Saúde da Família, uma Unidade de Saúde 24 horas para o atendimento de suporte ambulatorial de emergência, um Centro de Especialidades que disponibiliza consultas especializadas (nas áreas de ginecologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, dermatologia, urologia, além de procedimentos como audiometria, teste de esforço, entre outros) e o Centro Médico Comunitário Bairro Novo, que

⁷ Distrito Sanitário é entendido, na concepção “topográfico-burocrática”, como um espaço geográfico, populacional e administrativo onde existe uma coordenação dos equipamentos de saúde ali existentes, buscando a racionalização administrativa, contemplando a ideia de regionalização, mas também deve ser compreendido como um “processo social” em que as próprias políticas de saúde são discutidas e redirecionadas para responder às demandas da população. (MENDES, 1995, p. 160-162)

funciona como hospital. Esta conformação no DS do Bairro Novo facilita a complementaridade entre os níveis de assistência.

Assim organizada, a estrutura do serviço está condicionada a uma rede hierarquizada que, pode-se dizer, tem início com o trabalho do agente comunitário de saúde, que faz a comunicação entre serviço e usuário, e tem sequência em níveis superiores (secundário e terciário) por meio de encaminhamentos das equipes de saúde. O trabalho da atenção primária dá início e articula uma série de possibilidades de encaminhamentos posteriores que perpassam os diversos níveis hierárquicos do sistema de saúde.

2.2.1 A CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE: O FOCO NO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O atendimento no PSF deve ser sempre realizado por uma equipe multiprofissional, cuja constituição deve ser planejada levando-se em consideração os seguintes princípios básicos: o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; a integralidade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo; o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais); a parceria com a comunidade; as possibilidades locais (BRASIL, 1997).

A rotina de trabalho dos profissionais com formação em saúde, além das atribuições específicas de cada profissão, deve contemplar a execução de ações de educação em saúde para a coletividade, bem como visitas domiciliares aos pacientes com indicação para recebê-las. Ao agente comunitário de saúde cabe o cadastramento dos usuários do serviço, orientar quanto à utilização adequada dos serviços de saúde, informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades, e realizar visitas domiciliares para identificar os moradores das residências, as condições de moradia, os hábitos de vida e

os problemas de saúde.

O PSF prevê a assistência domiciliar à saúde – em especial, a visita domiciliar – como forma de possibilitar aos profissionais inserção e conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos, pressupondo o atendimento às necessidades de saúde das pessoas.

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população usuária do serviço. Para tanto se aposta, sobretudo, na atuação dos agentes comunitários de saúde: “Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação” (BRASIL, 1997: 07).

O agente comunitário de saúde deve ser pessoa que tenha “identidade com a comunidade” e estabeleça com ela uma “relação de solidariedade”:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde. (...) são selecionados entre os moradores da comunidade que, em geral, já apresentam uma tendência natural de atender algumas demandas das famílias na sua vizinhança. Pode-se dizer, interpretando esse pressuposto político-teórico, que o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia *humana* ou *cultural* a seu perfil ocupacional (...). Uma expressão usada com bastante frequência para caracterizar o ACS é que ele atua como *ponte* ou *elo* entre a comunidade e as instituições de saúde. Mas essa função de “ponte” pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de modo geral. (...) propomos que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido: é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA et al, 2000: 12,15).

A equipe proposta pelo Ministério da Saúde, assim, contempla profissões formadas em nível de terceiro grau e de ensino médio/técnico em saúde que, portanto, percebem e trabalham as questões relativas à saúde a partir do enfoque biológico/biomédico, hegemônico na formação em saúde. Mas ao trazer para “dentro da equipe de saúde” a figura do agente comunitário

de saúde, o serviço passa a contar com um indivíduo sem formação específica na área e que, especialmente por ser morador na comunidade a ser “cuidada”, supõe-se que compartilha dos saberes locais e que concebe a saúde, a doença e as intervenções terapêuticas de acordo com as lógicas que operam dentro das comunidades. O ACS representaria um elemento de ligação entre a unidade de saúde e a população usuária do serviço.

Conforme Nunes et al (2002), pode-se dizer que, por ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde da localidade onde mora e trabalha e, por sua inserção no serviço de saúde, ser também formado a partir do referencial biomédico, o ACS é um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Vários e importantes estudos têm sido realizados sobre o ACS no contexto de encontros “interétnicos”, como no caso do trabalho em saúde destinado aos povos indígenas (a exemplo de BUCHILLET, 2004; CARDOSO, 2004; LANGDON, 1994; NOVO, 2010). O ACS seria, nesse âmbito, o representante de uma cultura que em tudo difere do referencial biomédico. No contexto urbano, no entanto, que mediação caberia ao ACS?

Wawzyniak (2009), discutindo a atuação de agentes comunitários em comunidade ribeirinha, chama a atenção para que, tanto nos documentos oficiais quanto nos trabalhos que abordam a incorporação do ACS ao sistema de saúde pública, apreende-se que “ele é considerado como ‘ponte’, ‘mediador’, ‘tradutor’, ‘intermediário’, ‘grande operador’, ‘canal de comunicação’, ‘interlocutor privilegiado’, ‘articulador’ entre os serviços de saúde e a comunidade” (: 63).

Os textos do Ministério da Saúde, ao tratar do agente comunitário de saúde, salientam sua importância para o serviço público de saúde, sobretudo no que diz respeito ao estabelecimento de maior vínculo com os usuários, de relacionamento mais íntimo com a população e de atendimento mais humanizado, à medida que pretende valorizar os indivíduos e as famílias, estabelecendo uma relação mais “humana e solidária”. De acordo com o que informa o Ministério da Saúde, o trabalho do ACS envolve orientar a população

para a utilização adequada dos serviços de saúde, assim como informar os demais membros das equipes acerca da dinâmica social da comunidade, de suas disponibilidades e suas necessidades, num movimento bidirecional na relação entre serviço (representado pela equipe de saúde) e os usuários. Para tanto, o ACS deve ser “ameno no trato e ter acesso às casas como se fosse alguém da própria família” (BRASIL, 2002: 09).

O saber do ACS parece estar, em certa medida, também vinculado a um conhecimento sobre a dinâmica social na localidade e sobre o cotidiano das relações familiares. Assim, no cotidiano de trabalho, além de cumprir um papel burocrático de intermediação entre serviço e usuário, via cadastramento na unidade de saúde, o ACS subsidia o estabelecimento da relação entre os moradores e o serviço de saúde.

Visto que desempenham tanto o papel de informar a população sobre os “modos de fazer” – coerentes com o referencial biomédico que orienta o sistema médico oficial – quanto o de trazer aos profissionais de saúde os elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde da população usuária, os ACSs cumprem a função não somente de intermediários, mas de mediadores entre dois universos culturais que são distintos até no que se refere à conceituação de saúde e de doença, em que pese a diferenciação entre mediador e intermediário proposta por Latour (1994). Intermediários atuam como veículos por meio dos quais as informações e os conteúdos são transportados, sem, no entanto, alterá-los, enquanto que os mediadores participam da construção dos conteúdos produzindo traduções ao longo do processo.

Por sua inserção no serviço público de saúde, “a atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico” (BRASIL, 2009: 25). Também para o município de Curitiba o agente comunitário é um profissional que tem por função criar um “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde, pois, sendo uma pessoa da própria comunidade e identificado com seus valores e costumes, passa a contribuir significativamente para o resgate e valorização do saber popular. Sua identificação com as comunidades faz com que o vínculo entre a equipe e os

moradores fique mais estreito, possibilitando uma otimização das ações em saúde (CURITIBA, 2012)

2.2.2 O PSF E A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Conforme anteriormente mencionado, o PSF, além de se constituir em estratégia de reorganização das práticas de atenção à saúde, deve ser também o espaço de fomentação da transformação dessas práticas. As propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm sido tomadas como ferramentas e estratégias para a remodelação das práticas em saúde. Em especial o termo “humanização” vem então ganhando espaço nas discussões relativas aos serviços públicos de saúde no Brasil, o que se expressa pela instituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH), que, ao se configurar numa política transversal, traz um conjunto de princípios e diretrizes que devem se concretizar em ações nos diversos serviços compreendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Todavia, dada a multiplicidade de sentidos que pode assumir o termo humanização, o Ministério da Saúde (2004: 07) afirma que

devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano”(!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores.

O mesmo documento diz ainda que

a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes. (BRASIL, 2004: 09)

Como política, a PNH assenta-se na valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção à saúde. Tomando como pressuposto que o sistema de saúde deve ser organizado a partir da atenção primária, compreende-se que esse nível é estruturante e organizador de práticas de cuidado. Tal nível de gestão da assistência favoreceria a produção de vínculos entre o serviço (representado por seus profissionais) e os usuários, considerando as exigências técnicas e as necessidades terapêuticas das populações. No contexto de trabalho da saúde da família isso pode significar a tentativa de fazer do encontro terapêutico uma relação de cuidado desde uma perspectiva que busque relacionar os aspectos técnicos aos aspectos “humanistas” da atenção à saúde. Humanizar implicaria reconhecer as pessoas em sua singularidade, com necessidades específicas, histórias particulares em inserção sociocultural.

A preocupação única com um estado de saúde adequado, determinado a partir somente do referencial técnico, pautado nas biociências, conduziria para a solidificação dos processos de objetivação dos pacientes e da medicalização da vida. O que é preciso perceber então é que o importante para essa nova proposta de atenção é justamente a permeabilidade dos aspectos técnicos aos não-técnicos. A noção de cuidado em saúde deve trazer assim uma conformação mais humanizada do ato assistencial, distintamente daquelas tradicionalmente aplicadas, em específico nos serviços públicos de saúde, que não visem a essa ampliação e flexibilização na aplicação terapêutica.

Alinhando-se com as propostas de transformação das práticas em saúde, aposta no desenvolvimento de “habilidades relacionais” – em especial, das “tecnologias de escuta”, acolhimento, diálogo e negociação para a produção do cuidado. Ou seja, o cuidado em saúde requer o estabelecimento de uma relação, o que somente seria possível por meio da escuta e do diálogo, no encontro entre os sujeitos.

A possibilidade de estabelecer algum interconhecimento na relação com os pacientes, especialmente porque na saúde da família as ações de cuidado

não estão restritas ao espaço institucional da saúde, mas se direcionam também aos domicílios dos pacientes, contribuiria para assegurar um trabalho mais humanizado. Dessa maneira, a humanização e o estreitamento das relações do serviço com a população usuária têm início, e são facilitados, com o trabalho do agente comunitário, o que se pode compreender como um espaço de poder significativo para o ACS, sobretudo dada a centralidade da “humanização” dos serviços na atualidade. Seu caráter de mediador contribuiria para a diminuição do distanciamento entre os profissionais e a população local, o que por sua vez facilitaria um atendimento clínico diferenciado e a adesão às ações educativas. Sobre o agente comunitário de saúde, por ser quem estabelece os primeiros contatos com os pacientes e por conhecer melhor a comunidade (daí a necessidade de residir nela) coloca-se, conforme apontado por Chaves e Martines (2003), cotidianamente, boa parte da responsabilidade sobre a humanização do serviço. O acompanhamento realizado pelas equipes de Saúde da Família prevê a ampliação e o fortalecimento do vínculo da população com os profissionais, o que requer alto grau de conhecimento sobre as pessoas. Assim, o ACS tem um papel importante na humanização da assistência, já que ajuda a estabelecer confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

De acordo com Mattos (2009), a humanização no setor saúde impõe uma mudança radical, que deve não somente envolver a priorização da atenção primária, mas também superar a fragmentação do cuidado (responsável por transformar pessoas em órgãos e sistemas) e perceber o usuário como um ser humano integral.

A humanização da assistência nas suas múltiplas versões, dada a polissemia do termo, expressa uma mudança na compreensão dos processos de adoecimento como experiência humana e no que fazer diante do sofrimento do outro. Sugere uma redefinição das relações humanas no trabalho de atenção à saúde, a partir da compreensão da condição humana e dos direitos humanos (tais como direito à integridade corporal, de não sofrer danos), o direito à escolha informada dos procedimentos física, emocional ou moralmente penosos, o direito à equidade (tal como definida pelo SUS) na

assistência, entre outros.

Pode-se dizer que o propósito de humanizar as ações em saúde se fundamenta no respeito e valorização das pessoas e pretende transformar a cultura institucional no setor saúde, marcada pela organização científica do trabalho que fragmenta a compreensão, tanto sobre o doente quanto sobre a doença, reconhecendo as relações intersubjetivas como elementos fundamentais no processo de trabalho.

3 O COTIDIANO DE TRABALHO

3.1 SOBRE O LOCAL DA PESQUISA

A Unidade de Saúde Nova Esperança, na região sul de Curitiba, atende um contingente populacional em torno de 8.600 usuários e vincula-se ao Distrito Sanitário Bairro Novo (ANEXO 4), que compreende os bairros Ganchinho, Umbará, Campo do Santana, Sítio Cercado e Caximba. Está situada numa das principais ruas do bairro, com pontos de ônibus logo em frente às suas instalações. Apesar de distante, a 17 quilômetros do centro da cidade, é de fácil acesso através de transporte coletivo, sendo servida por duas linhas de ônibus, que ligam o bairro aos terminais do Pinheirinho e do Sítio Cercado, nos quais é possível fazer conexões com diversas regiões da cidade.

O bairro em que se localiza a unidade, como toda esta região da cidade, experimenta, mais fortemente nas duas últimas décadas, um crescimento populacional importante. Os moradores mais antigos, segundo vizinhos e alguns funcionários da unidade, são descendentes de imigrantes europeus (principalmente alemães, italianos e ucranianos) ou de migrantes de outras regiões do estado, descendentes de uma geração de trabalhadores rurais. Mais recentemente, a área tem recebido pessoas vindas de outras regiões do Brasil, especialmente do norte e nordeste. Como o cadastro no serviço de saúde dá conta do rendimento familiar, condições de moradia e escolaridade, e como no PSF há contato com os pacientes em seus domicílios, os funcionários conseguem ter um panorama do que sejam as condições de vida da população, referida como “heterogênea”. Há famílias – em geral, mais recentes no bairro – que vivem em condições de extrema pobreza, tirando sustento de programas governamentais de acesso a benefícios (como cesta básica) e de repasse de renda (como bolsa família) e/ou trabalhando como catadores de material reciclável. Outras famílias têm rendimento de até quatro salários mínimos (ANEXO 5). A escolaridade também é bastante variável. Os mais velhos têm baixa escolaridade e alguns (poucos) são analfabetos; os adultos

cursaram, na maioria, ensino fundamental completo e alguns o ensino médio. As gerações mais jovens cursam ensino médio e alguns o terceiro grau. Todas as crianças estão matriculadas em escolas, principalmente escolas públicas da região.

3.2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DA UNIDADE

Com o objetivo de organizar as atividades das equipes, a área de abrangência da unidade é recortada em três áreas (áreas 1, 2 e 3), de modo que cada uma seja atendida por uma equipe de saúde (equipe 1, equipe 2 e equipe 3). Ou seja, na unidade atuam três equipes de saúde, uma para cada área delimitada pelo serviço. As áreas são, por sua vez, subdivididas em quatro microáreas (microáreas 1, 2, 3 e 4). Cada microárea é atendida por um agente comunitário de saúde. A delimitação das áreas e microáreas leva em consideração o contingente populacional respectivo, de maneira a dividir o número de famílias atendidas entre as diferentes equipes.

Cada equipe é composta por quatro agentes comunitárias de saúde, doze auxiliares de enfermagem (há apenas um homem entre auxiliares de enfermagem), uma médica e uma enfermeira. Durante o período em que eu estive em campo, a enfermeira da equipe 2 estava em licença maternidade e havia falta de profissional de medicina na equipe 3. A enfermeira – ao relatar que, nos cinco anos em que atua na unidade, a equipe contou com um médico durante apenas um ano – comenta:

É difícil dizer por que sempre há falta de médico. Acho que tem a ver com *status*, muitos não querem trabalhar em saúde pública, principalmente na atenção primária. Tem também a questão das horas, no PSF são oito horas diárias e eles às vezes atendem em outros lugares, então o horário amarra o profissional e eles acabam perdendo com isso. E tem também a distância, né. Então tem vários fatores que dificultam a adesão da medicina.

Associadas a estas equipes, a unidade conta com três equipes de saúde bucal, cada uma composta por um dentista, três técnicos em higiene dental

(THD) e dois auxiliares de consultório dentário (ACD). Nas equipes de saúde bucal há dois homens compondo o quadro, sendo um dentista e um técnico em saúde bucal.

O quadro de funcionários também conta com a autoridade sanitária local, uma auxiliar administrativa e duas funcionárias para serviços gerais de limpeza (estas últimas contratadas por serviço terceirizado).

Apesar de não haver, em unidades de PSF, cargo de chefia de equipe além da chefia da autoridade sanitária local, que responde pela administração da unidade, as enfermeiras acabam ocupando situação de liderança nas suas equipes, bem como os dentistas nas respectivas equipes de saúde bucal.

Nas conversas comigo, profissionais de diferentes categorias, ao se referirem a algum colega (de qualquer categoria) sempre mencionam a equipe ou a área em que este se insere. Assim, “a enfermeira tal é da minha equipe”, ou “a auxiliar tal é da área 1”. Sobre o trabalho em equipe, uma das ACSs relata:

A gente tem um trabalho bem de equipe mesmo. Eu sinto confiança no trabalho da minha equipe. A Aline, por exemplo, enfermeira da minha equipe, é ótima, o doutor Júlio [dentista] também. Mas eu acho que a gente tinha que ser mais “a unidade de saúde”, sabe. Não que uma equipe tenha problema de se relacionar com outra, não tem isso, eu mesma gosto muito de trocar ideia com a Fátima [ACS], que é da área 2, a gente pensa muito parecido, tem o mesmo jeito de trabalhar. A Estela [enfermeira] da área 3 também é muito boa. Mas eu acho que às vezes a gente fica muito nessa de equipe. (Celina, ACS)

Além da carência de profissional da medicina em uma das áreas, uma das médicas estava começando a trabalhar na unidade em substituição a um colega que, desde meus primeiros contatos no local e durante toda a minha permanência, foi sempre motivo de alguma menção. O doutor Renato, que se afastou do serviço para cursar uma pós-graduação fora do país, era mencionado por meus interlocutores (tanto pelos colegas de outras categorias quanto pelos pacientes), ora como “exemplo de como deve ser um médico, ‘atencioso e comprometido’ com os pacientes”, ora como um “médico diferente” exatamente por estas características.

Na unidade também atuam três equipes de saúde bucal, compostas por um dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário,

além de uma equipe do NAAPS⁸ (Núcleo de Apoio à Atenção Primária em Saúde).

A partir da implantação das unidades de saúde da família, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial preestabelecida para a abrangência da unidade. Nesse processo são identificados os componentes familiares, as doenças referidas e as condições de moradia (material de construção, número de cômodos na casa, dispensação de lixo, esgotamento sanitário, etc). Como o programa está implantado já há vários anos, quase todas as famílias moradoras da localidade estão cadastradas na unidade, exceto as (poucas) que optam por não usar o serviço em virtude de terem contratado plano de saúde privado. Como a região é marcada por importante rotatividade dos moradores, o cadastro dos novos moradores pode ser feito pelos ACS quando em visita à área ou pelos próprios pacientes, buscando a unidade de saúde. Aqueles que optem por não ter cadastro na unidade têm acesso a algumas ações desenvolvidas pelo serviço, como, por exemplo, vacinas em período de campanhas e atendimento em situação de emergência, mas o acompanhamento dos processos de adoecimento crônico que impliquem tratamento continuado exige cadastro dos pacientes.

3.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE

O espaço físico da Unidade Nova Esperança (ANEXO 6) é organizado a partir de uma entrada em que funciona uma sala de espera onde estão

⁸ Os Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAPS) são uma adaptação proposta pelo município de Curitiba aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), propostos pelo Ministério da Saúde. Os NASF são equipes compostas por profissionais não inseridos nas equipes mínimas do Programa Saúde da Família que devem atuar em suporte para o trabalho das equipes atuantes nas unidades de saúde da família. Cada município tem autonomia para organizar suas equipes de apoio, de maneira a atender as necessidades epidemiológicas locais. A principal diferença entre o NASF (proposto pelo Ministério) e o NAAPS (adaptação curitibana) é o fato de o município optar por estender a cobertura das equipes de apoio para unidades básicas, além das unidades do PSF. A composição atual de cada equipe do NAAPS é de um farmacêutico, um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista e um educador físico.

dispostas cadeiras para os pacientes, mesa para os atendentes e um aparelho de TV que fica posicionado de frente para os pacientes. Nas paredes há sempre diversos cartazes informativos, alguns sobre condutas de prevenção às doenças de maior relevância epidemiológica e hábitos saudáveis e outros avisando sobre as ações do serviço, tais como campanhas de vacinação. Desde a sala de espera e por toda a unidade há fotos de atividades coletivas (de educação em saúde) desenvolvidas pelos funcionários junto aos usuários do serviço.

Para a sala de espera abrem-se as portas dos consultórios para atendimento médico e de enfermagem. Estas salas têm porta de comunicação interna, permitindo a quem esteja atendendo ter acesso à sala do outro profissional. Há também um banheiro adaptado para pacientes cadeirantes. Seguindo para o interior da unidade a partir da recepção, há um corredor onde estão, à esquerda, uma sala de curativo e coleta de material para exame, uma sala para inalação e o consultório odontológico; à direita estão a farmácia, dois banheiros para usuários e a sala de expurgo. Com exceção do consultório odontológico, estas salas são ocupadas principalmente pelo pessoal de enfermagem, haja vista a natureza da atividade ali desenvolvida. No fim do corredor há uma entrada restrita aos funcionários, dando acesso a uma sala para a administração, dois banheiros para uso dos funcionários, uma sala com armários de metal (onde cada um guarda seus pertences), uma mesa redonda e cadeiras (destinadas às reuniões de equipe), uma sala de higienização e esterilização, uma pequena área de serviço e a cozinha.

O terreno da unidade é relativamente grande, bastante arborizado e, apesar de servir como estacionamento para seus funcionários, é bem cuidado e não raro se vê alguém ali descansando depois do almoço. Também algumas atividades com grupos de pacientes (palestras, por exemplo), por vezes, ocorrem neste espaço. Nos fundos da unidade há uma construção chamada “espaço saúde” composta por uma sala, uma pequena cozinha e um banheiro. O local se destina às reuniões de acompanhamento periódico dos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e adolescentes e demais atividades de educação com pacientes da unidade.

A unidade funciona das 7 às 19 horas e os funcionários têm horários diferentes de chegada, cujo controle é feito pela autoridade sanitária local, a enfermeira Cintia, que explica:

Como a unidade atende até as 19h, os horários são organizados assim: das 7h às 16h é o pessoal da equipe 1, das 8h às 17h a equipe 2, das 10h às 19h a equipe 3. De todos eles é feito controle de ponto diário conforme chegam. Só as agentes comunitárias têm mais mobilidade, não é cobrado delas se apresentarem aqui todos os dias nos horários dos demais; o trabalho é medido e controlado através de relatórios do SIAB⁹, a dengue, que as agentes fazem o controle mensal de visitas e que a gente faz digitação todo dia 21. Eles entregam relatório e uma das enfermeiras faz digitação do documento.

O trabalho tem início com a triagem dos pacientes, realizada pela equipe de enfermagem. A partir de escala previamente elaborada, um auxiliar de enfermagem abre a unidade, distribui as senhas aos pacientes encaminhando-os a procedimentos específicos previamente agendados ou por livre demanda – como coleta de sangue para exame, inalação e curativo – ou triagem para encaminhamento de consulta médica. Como diariamente há pacientes previamente agendados, especialmente aqueles portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e acompanhados pelos programas específicos, a enfermagem deve selecionar os casos a serem atendidos no mesmo dia, de acordo com a necessidade percebida em cada um, sendo os demais agendados para outros dias. Em geral são atendidos de 20 a 25 pacientes por dia pelas médicas, além de um ou outro “apoio”, que são aqueles casos que, conforme avaliação da enfermagem, devem ser priorizados. Como relata a enfermeira Estela: “vamos supor que não tem mais consulta no dia e chega uma situação que precisa de atendimento, uma febre muito alta, uma cólica renal; esse paciente é priorizado. Paciente idoso e pacientes menores de 1 ano de idade também a gente prioriza”.

Às consultas previamente agendadas dá-se o nome de “demanda programada” e às consultas agendadas pela iniciativa do paciente em buscar atendimento dá-se o nome de “demanda espontânea”. Os casos de demanda

⁹ SIAB é o Sistema de Informação da Atenção Básica, desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o intuito de acompanhar as atividades realizadas nas unidades de saúde.

espontânea em geral compreendem dores agudas, resfriado, gripe, tosse, diarreias e busca por vacinas. Os casos de demanda programada pelo serviço correspondem a consultas de pré-natal, hipertensão arterial, diabetes mellitus e “saúde mental” (designação usada para se referir aos pacientes inscritos no programa de saúde mental), os quais devem periodicamente passar por consulta médica para receber receita do medicamento de uso contínuo.

Os pacientes que são encaminhados para procedimentos específicos (como coleta de sangue, curativo ou inalação) são atendidos por auxiliares de enfermagem e depois são dispensados, com agendamento de retorno para procedimento ou não, conforme a necessidade de cada caso.

Os pacientes que passam pela triagem da enfermagem para os devidos encaminhamentos são atendidos por uma auxiliar de enfermagem que faz aferição de dados vitais (temperatura e pressão arterial), peso e altura e, em seguida, por uma enfermeira que faz anamnese rápida sobre queixas e sintomas do paciente. Desta maneira, são identificados os casos que exigem atendimento médico com mais urgência, os que podem ser agendados para outro dia da semana ou os que precisem de outros encaminhamentos. Todos os dados obtidos são inseridos no prontuário eletrônico ao qual as médicas terão acesso durante a consulta.

Ao acompanhar a atividade de triagem dos pacientes, percebo a padronização dos atendimentos realizados quase mecanicamente pela enfermeira Aline, que faz aferições rápidas de sinais e sintomas, enquanto a direção do olhar é desviada o tempo todo do paciente para o computador. No fim do trabalho, pergunto sobre as ações paralelas que devem ser desenvolvidas durante este tipo de atendimento, de identificar rapidamente o problema do paciente e anotar os dados no prontuário eletrônico, ao que Aline me responde:

Olha, é difícil, porque você tem que identificar qual é o caso, o que o paciente tem e se é caso de consulta no dia, porque tem dias em que não tem vaga pra todo mundo. E essa responsabilidade é de quem está fazendo a triagem. Então tem que prestar atenção no paciente. Mas ao mesmo tempo tem que colocar os dados no sistema. E é muita gente, tem que ser rápido.

Contudo, durante todo o trabalho de triagem eu percebia que Aline

procurava tratar as pessoas pelo nome. Isso me atraiu a atenção quando a enfermeira, ao chamar ao atendimento uma criança, referia-se, não somente a ela, mas também a sua mãe, por seus nomes. Nestas situações, muito comumente as mães são chamadas de “mãe” ou de “mãezinha” pelos profissionais. A partir daí observei que Aline não adotava uma postura (nas falas ou nos olhares) que indicasse algum descaso em relação às queixas apresentadas pelos pacientes, no entanto, a rapidez necessária para dar conta de triar um grande número de casos de maneira a possibilitar os devidos encaminhamentos não permitia diálogo com o paciente.

Em outro momento, fora da unidade, indo de ônibus para casa, conversávamos sobre a grande demanda de atendimento no serviço público. Aline contou que, por se ver na contingência de responder sobre o trabalho de triagem, vinha pensando a respeito do cotidiano dessa atividade:

Depois daquele dia que tu estava comigo na triagem, eu fiquei pensando muito sobre aquilo que tu me perguntou. Cheguei em casa e comentei com meu marido. Eu tenho essa preocupação, de pensar sobre o trabalho, como ser melhor, mas algumas coisas a gente já vai fazendo meio automaticamente. E na triagem é isso, tem horas que a gente tem que dar conta da demanda e pronto. Não tem jeito. Mas aquela conversa foi bem importante. A tua pergunta foi muito importante pra mim, porque, por mais que tenha que ser assim por enquanto, a gente tem que pensar sobre como está trabalhando, que tipo de dificuldade a gente enfrenta, até pra poder pensar em como modificar isso.

Às equipes de enfermagem, em especial às enfermeiras, cabe, portanto, a atribuição de estabelecer quem terá acesso ao atendimento e os devidos encaminhamentos dos demais casos:

É a gente que diz quem vai ser atendido, quando vai ser atendido e ‘se’ vai ser atendido. Não é fácil, não. É difícil dizer pro paciente que ele não vai ser atendido. Tem que aprender a dizer ‘não’, mas também tem que tentar ver o que dá pra fazer se não tiver consulta com o médico, ninguém vem pra unidade de saúde por nada. É claro que tem alguns que vêm pra conseguir atestado, mas esses são minoria e mesmo esses têm que ter um encaminhamento adequado. (Aline, enfermeira)

Já aconteceu de ter trinta pessoas na fila e só sete vagas para o dia. Se tem muitos casos de agendamento prévio pelo fluxo da triagem [anterior] ou por agendamento dos programas e a gente dispõe de poucas vagas no dia para a livre demanda, tem que dar algum direcionamento. É difícil isso. Tem coisa que a gente dá conta, por exemplo, se é uma mulher que quer saber se está grávida, a enfermeira mesmo pode solicitar o TIG [exame específico para

diagnóstico de gravidez) sem ter que passar por consulta médica. Tem coisa que já depende da consulta médica. Então a gente está sempre na 'linha de frente'. Quem vai dizer sim ou não é a enfermeira. (Estela, enfermeira)

O trabalho da enfermagem começa a me interessar sobremaneira. O contato com as duas enfermeiras (a partir do qual passo a prestar atenção também em toda a equipe de enfermagem) me traz alguns elementos que indicam um volume importante de trabalho destes profissionais em instituições públicas e sobre os quais não há uma preocupação explícita, como ao tratar da sobrecarga de trabalho da medicina nos mesmos contextos.

Paralelamente ao serviço da enfermagem e seus desdobramentos com o trabalho da medicina, as equipes de odontologia seguem também sua rotina. Os pacientes se posicionam sentados num corredor em frente à sala do atendimento odontológico e falam diretamente com esta equipe específica. Em geral o número de pessoas que buscam este serviço é bem menor do que o daquelas que buscam atendimento médico, o que facilita o controle da ordem de chegada feita pelos próprios pacientes. Para a triagem é recolhido, por algum dos profissionais da equipe, um documento de identidade dos pacientes que estão à espera e que informam sobre a ordem de chegada. O dentista insere dados de identificação do paciente no sistema de informação (prontuário eletrônico) e começa a chamá-los pelos nomes. A avaliação é feita a partir da queixa do paciente, que em seguida tem atendimento agendado para o mesmo dia ou é orientado a voltar em outro dia, caso não haja horário disponível na agenda e conforme o problema permita. São priorizadas queixas de dor e pacientes com tratamento odontológico em andamento. Durante os atendimentos, os procedimentos são realizados pelo dentista com assistência de um auxiliar ou técnico. O paciente recebe orientações do dentista sobre como agir durante cada procedimento. No atendimento às crianças, especialmente, percebo que o tom das orientações é mais carinhoso e, se a criança não tem familiaridade com os equipamentos, há a atenção em explicar para que serve cada um e sobre sua utilização. No entanto há uma tentativa constante de aliviar a tensão do paciente com conversas que possam interessá-lo, como times de futebol, desenhos animados ou as estampas das

roupas. Todas as informações sobre o atendimento e cada procedimento executado são digitados e inseridos no sistema após a consulta.

Um pouco antes de começarem seus afazeres, conforme vão chegando à unidade, todos costumam tomar café da manhã na cozinha. Nestes momentos os assuntos são os mais diversos e compreendem desde os acontecimentos do noticiário até aqueles relativos ao trabalho na unidade e à vida de cada um. Há, em geral, um clima agradável entre os colegas de diferentes profissões. Visto que o espaço da cozinha é bastante reduzido, assim como o tempo de que se dispõe para sentar-se à mesa, terminado o café cada um se encaminha para seu 'posto' de trabalho, de maneira a ceder lugar para quem chega.

Diferentemente dos profissionais de medicina, odontologia e enfermagem, conforme mencionado anteriormente, as agentes comunitárias de saúde na unidade Nova Esperança não têm obrigatoriedade de comparecer todos os dias em horários preestabelecidos. Em geral vão à unidade pela manhã aquelas que sairão em visita aos pacientes acompanhando sua equipe. As demais saem diretamente das suas casas para o trabalho de visitas rotineiro. Cabe ao ACS visitar pelo menos uma vez por mês os pacientes moradores da sua respectiva microárea e prestar contas da realização dessas visitas por meio de relatório entregue mensalmente à unidade de saúde. Suas atividades dentro da unidade são de natureza burocrático-administrativa, como a atualização de dados cadastrais dos moradores no sistema de informação, atividades educativas com grupos de pacientes e reuniões (com suas respectivas equipes ou com a autoridade sanitária, em que participam todos os funcionários da unidade e na qual geralmente são passados informes técnicos provenientes do DS).

A gente não tem obrigação de vir aqui todo dia de manhã como os outros, porque o nosso trabalho é diferente, né. Não adianta eu chegar tão cedo na casa do paciente, só vai atrapalhar a vida das pessoas. Então a gente acaba fazendo um horário um pouco diferente, mas tem o relatório que a gente entrega, que dá pra eles verem o que foi feito. Daí a gente vem cedo pra cá quando é 'dia de área' da equipe. Tem gente que até pode pensar que o agente fica em casa e não faz as visitas, eu não vou dizer que não possa ter alguém que faça isso, mas também se tiver, isso não é problema meu, não me preocupo com a vida dos outros. Mas é difícil acontecer, porque os pacientes acabam falando. Quando eles vêm aqui, a unidade fica

sabendo. Se perguntam ‘quem é a agente que vai na sua casa’ e o paciente não sabe ou se acontece alguma coisa na sua área e você não sabe, a unidade descobre que não foi feita a visita. Então ninguém se arrisca. (Lucia, ACS)

Nossos horários são diferentes. Nosso trabalho é diferente, nosso trabalho é muito mais fora da unidade do que aqui dentro. Eu acho importante vir aqui também, porque sempre tem alguma coisa pra fazer, uma atualização no cadastro, uma atividade aí que a equipe precise de apoio e, se a gente não vem, não fica muito ‘por dentro’. Mas o nosso trabalho aqui é muito valorizado. Sempre foi. Tinha uma autoridade sanitária que falava pra gente: ‘aqui é a casa de vocês. Eu estou aqui, mas não moro aqui, os outros também não. Então o trabalho de vocês é muito importante pra nós. Para que o nosso trabalho seja bem feito, pra que dê certo, precisa de vocês. Vocês são os meus ‘olhos’ lá fora’. Então a gente tem essa consciência, sabe. (Celina, ACS)

Por volta das 12h a unidade está praticamente vazia e os trabalhadores, conforme tenham se liberado de suas demandas, começam a se dirigir à cozinha para o almoço. Com exceção de duas auxiliares de enfermagem e das agentes comunitárias, que moram na região, os demais fazem a refeição na unidade. Às vezes alguém sai para almoçar em alguma lanchonete por perto, mas em geral costumam trazer sua comida para a unidade. No período da tarde, em torno das 13h, a unidade volta a ter grande movimento de pacientes, seguem-se os atendimentos e ocorrem as atividades dos programas de saúde, que envolvem atividades como consultas de pré-natal e ações educativas com grupos específicos, enquanto a equipe que esteja em “dia de área” se reúne para discussão sobre os pacientes visitados pela manhã.

Durante minha passagem pela unidade, não acompanhei atividades de todos os programas – até porque são muitos os programas desenvolvidos por uma unidade de saúde (básica ou de PSF). Ative-me a algumas atividades dos programas maiores, em número de usuários, que pudessem me dar ideia do todo. Desse modo optei por acompanhar algumas atividades de caráter coletivo (ação educativa) e de atendimento individual. Exemplifico aqui com duas atividades do programa de atenção à gestante (no caso de Curitiba, denominado Programa Mãe Curitibana). Nesse programa acompanhei reunião com grupo de gestantes e, em virtude do contato constante com a enfermeira Estela, atendimento de enfermagem no pré-natal.

As reuniões com grupos de pacientes em unidades de saúde, em geral, são difíceis de serem executadas, por conta da pouca adesão dos pacientes a esta modalidade de ação. Na reunião com o grupo de gestantes, desenvolvida pela auxiliar de enfermagem Fernanda, estiveram presentes cinco pacientes. Fernanda me diz que esperava um número maior de interessadas, porque várias outras pacientes acompanhadas pela unidade haviam sido avisadas e convidadas à participação: “é quase sempre assim, é raro ter grupo grande. A gente faz um esforço bem grande pra convidar todas, mas vêm poucas. É uma pena. A gente entende também, né. As pessoas trabalham, têm seus compromissos. Mas não dá pra desistir”. Neste dia, percebo o cuidado da auxiliar de enfermagem em proporcionar às pacientes um ambiente agradável. Como a unidade tem um espaço externo sombreado por árvores, a reunião do grupo foi organizada sob as árvores. Fernanda se ocupou de providenciar um pequeno lanche com biscoitos e suco, procurando dar um tom de informalidade ao encontro. A conversa começa com a apresentação de todas as presentes; em seguida, Fernanda fala sobre a pauta que gostaria de tratar na reunião. Os assuntos são o processo de gestação, o parto e a lactação, mas buscando ouvir a “vivência” destes processos pelas participantes: “é importante que todas se sintam à vontade pra falar sobre suas experiências, porque cada uma vive a gestação de um jeito e, às vezes, para a mesma mulher cada gestação é diferente. Daí cada uma aprende com a experiência da outra e fica mais fácil de tratar os assuntos”.

De início as pacientes estavam tímidas e pouco participavam, dificultando que a reunião se configurasse numa “conversa” como pretendia a auxiliar de enfermagem. Quando uma das gestantes, mais expansiva, começa a falar a respeito da sua experiência com a gestação em curso, comparando com gestações anteriores, as demais passam a dar seus relatos. O debate envolve as relações de família e o envolvimento dos familiares, principalmente do pai, com a gestação e o cuidado do bebê. Eu participo falando sobre minha própria experiência de gestação e, com isso, as participantes se dirigem também a mim. Fernanda, conduzindo a reunião, aceita o caminho que toma o encontro e, conforme os contornos vão se desenvolvendo, orienta as mulheres

nas suas dúvidas à medida que são expostas. Aos poucos, Fernanda vai inserindo no assunto os temas a que havia se proposto a falar.

Quando a gente consegue que o grupo participe, é muito bom, porque o mais importante dessas reuniões é conseguir mais conversar do que só perguntar e depois orientar coisas. Cada uma tem um tipo de experiência e isso é útil para as outras perceberem o que está acontecendo com elas, que outras pessoas têm experiências às vezes muitos parecidas, outras muito diferentes. Assim a gente consegue falar sobre os assuntos que precisa trazer, mas de um jeito que elas percebam que tem a ver com o que todo mundo vive na gravidez. (Fernanda, auxiliar de enfermagem)

Tendo abordado os assuntos da pauta, a auxiliar de enfermagem convida as participantes para o lanche na mesa, onde seguem falando sobre o tema.

No atendimento de enfermagem, também parte do programa de atenção à gestante, acompanhei várias consultas. Antes de começar a chamar as pacientes, Estela me fala um pouco sobre como, em geral, são os atendimentos e toma o cuidado de dizer que, se alguma gestante se negasse à consulta em minha presença ou se houvesse constrangimento da paciente, eu deveria me retirar da sala para preservar a sua privacidade. Por volta das 13h30, a enfermeira Estela começou a chamar as pacientes agendadas para o dia. Para cada uma, falou sobre o propósito da minha presença na sala e perguntou-lhe se autorizava minha presença. Diante da afirmativa, ela pedia que a gestante se sentisse à vontade e, em tom de brincadeira, dizia: “vamos tentar fingir que a Silvana não está aqui”.

Iniciado o atendimento, percebo que, mesmo com a porta fechada, a enfermeira é solicitada várias vezes para outras demandas. Durante a consulta, quando se dá a primeira interrupção, Estela se desculpa com a gestante e comigo e diz que não pode deixar de atender a solicitação. Eu fico na sala e converso com a paciente. Começo perguntando se é sua primeira gestação e ela me diz que tem outros dois filhos e que, como gestação não é uma “novidade” para ela, já não fica ansiosa. Relata que sabe o que a espera e que está acostumada com o cuidado pré-natal. O que a estava incomodando na ocasião era muito mais uma conjuntivite do que a própria gestação. Estela volta, pede desculpas novamente e segue o atendimento aferindo peso e dados vitais da paciente, avisa sobre a importância do cuidado com o ganho de

peso durante a gestação, faz perguntas sobre o estado geral da paciente, coloração e odor da urina e sensações corporais e pede que a paciente deite na maca. Segue-se a ausculta (procedimento que permite ouvir por meio de equipamento específico) do coração do bebê e, conforme surgem os sons, a enfermeira explica para a paciente o que é cada um: “olha só... esse que faz chuí, chuí é a placenta. O som do neném é mais rapidinho. Não estou conseguindo, ele está fugindo. Bebê, cadê você? Quando estou quase conseguindo, ele foge”. A mãe diz que o bebê está se “escondendo”. Estela persiste e, finalmente, indica à gestante os sons característicos do bebê. “olhe só, como é rapidinho, deu 148 batimentos, vai até 160. Quando a mãe está com dor, chega num mínimo de 120, 110. Vou anotar na carteirinha, tá, vou colocar ‘batimentos presentes’ e em quanto está, assim você vai acompanhando o desenvolvimento do seu neném, que ainda é bem pequenininho”. Como a paciente já havia passado por atendimento médico por conta da conjuntivite, Estela pede que não descuide do tratamento proposto e orienta quanto aos cuidados de higiene no olho afetado. No fim, a enfermeira convida a paciente a participar do grupo de gestantes da unidade, indicando data e horário do próximo encontro. Todas as informações da consulta são registradas no prontuário eletrônico. Quando a paciente deixa a sala, pergunto sobre a interrupção para outras demandas. Estela me diz que

a enfermagem tem uma demanda ‘administrativa’ grande. Os pacientes mesmo se acostumam a procurar muito a gente, além dos colegas que o tempo todo estão falando com a gente. Então não tem como se negar. Às vezes é coisa muito importante, não dá pra negar de atender quando alguém chama. Dependendo da situação eu fecho a porta a chave, por exemplo quando faço coleta de material para exame papanicolau, porque senão pode acontecer de alguém abrir a porta se eu não atender e a mulher fica exposta. Eles quase não abrem, em geral só quando o paciente sai, mas dependendo da ‘urgência’ do assunto, às vezes acontece. Não dá pra dizer que eu me incomodo, mas entendo por que me procuram.

Entre uma consulta e outra, a enfermeira rapidamente dá uma olhada no histórico da paciente no prontuário eletrônico. Nas próximas consultas as orientações são dadas conforme cada caso, mas seguem-se os mesmos procedimentos. Como há uma porta de comunicação entre a sala da enfermeira e a da médica, alguns sons são audíveis de uma sala e de outra.

No intervalo de uma consulta da enfermeira, a médica abre a porta e pede para falar com Estela sobre o paciente que está atendendo. Estela me diz depois que se tratava de um paciente com tuberculose e que a doutora Paula queria saber a sua opinião sobre a conduta tomada. Sobre isso a enfermeira relata:

ela queria falar comigo sobre o tratamento da tuberculose do paciente. É claro que ela já sabia o que fazer, mas nós temos bastante confiança uma na outra, sabe, e ela queria saber o que eu achava. Eu, sempre que preciso, procuro a opinião dela também, ainda que seja um procedimento de enfermagem, e ela a mesma coisa. Faz tempo que trabalhamos juntas e aos poucos a gente foi criando esse jeito de trabalhar. (...) Não sei se ela [Paula] mudaria a conduta se eu discordasse nesse caso, acho que é mais pra confirmar ou compartilhar mesmo, sei lá. Ela tem muita experiência, então não tem a ver com nenhum tipo de insegurança ou não saber o que fazer.

Numa das consultas seguintes, diante da necessidade de coleta de material para exame ginecológico, a enfermeira fecha a porta a chave e explica à paciente que a medida era “para evitar que alguém a visse durante o exame” e, ao pedir que a paciente tire sua blusa, coloca uma toalha para cobrir os seios, perguntando se ela fica sem jeito. A paciente diz, dirigindo-se também a mim, que “a gente, que é mulher, tá acostumada, né, se fosse homem era diferente”. Esta paciente espera seu primeiro filho e se emociona ao ouvir os “sons do bebê”. Semelhantemente às demais consultas, a enfermeira informa os procedimentos e, como se trata de “mãe de primeira viagem” e em começo de gestação, explica sobre o cuidado pré-natal, vacinas de protocolo e sobre a importância da frequência às consultas médicas e de enfermagem. Depois, agenda uma consulta para dali a quatro semanas com a médica e o retorno com a enfermagem após mais quatro semanas.

No fim do período, Estela me diz que “é sempre isso, os casos dos pacientes é que mudam, mas a rotina é essa”.

Alterando a rotina em uma das tardes na qual eu acompanhava outro tipo de atividade na unidade, chega uma moça de 16 anos “entrando em trabalho de parto”. Como a unidade não presta este tipo de atendimento e não apresenta as condições adequadas para tal, imediatamente foi chamada uma ambulância para remover a gestante até o hospital de referência. A emergência causou uma movimentação diferente entre os funcionários que, enquanto

aguardavam a ambulância, se organizaram (na medida do possível) para atender a ocorrência do parto, se fosse necessário. A paciente foi colocada na maca em um dos consultórios e observada por membros da enfermagem, enquanto a médica e uma das enfermeiras se preparavam para a condução do parto. Em poucos minutos chegou a ambulância e a sensação foi de alívio geral, mas a inquietação marcou o fim da tarde. Alguns riam do susto que levaram. Outros falavam do comportamento dos colegas: “mas a Estela foi rapidinha, hein, parecia que tinha experiência de maternidade” (Regina, auxiliar de enfermagem). A médica, em tom de brincadeira, fala que “não foi pra isso que eu vim pro PSF”, indicando uma possível escolha por esse serviço em virtude do tipo de trabalho, em geral desenvolvido com pacientes em situação “estável”, ou, em outras palavras, de que no PSF não se tem a perspectiva de lidar com casos de urgência e emergência. Atuar em serviços que atendam situações semelhantes à vivida com essa gestante implicaria acostumar-se a trabalhar aos sobressaltos. Na atenção primária, os pacientes em situação crítica (que exijam atenção em caráter de urgência e emergência) são encaminhados para outras instâncias, de forma que a dramaticidade com que se convive é menor.

Acontecimentos como esse não são muito comuns em unidades de saúde; em geral as pacientes procuram o hospital ao sentirem as dores características do trabalho de parto. Desse modo, todos falaram sobre as implicações desse tipo de ocorrência:

A gente sabe que acontece de a mulher ter o bebê em casa, hoje em dia aqui isso não é tão comum, mas pode acontecer. E se acontecer é menos grave – pra gente, que é profissional de saúde – do que ela vir aqui na unidade. Aqui ela está sob cuidado profissional, qualquer coisa que dê errado, ou que a unidade não consiga atender porque não está pronta pra isso, fica sob responsabilidade de quem atendeu. Por isso é que a gente fica com medo. (Estela, enfermeira)

O ocorrido foi assunto durante alguns dias seguidos, especialmente por conta da curiosidade daqueles que não estavam na unidade no momento.

3.3.1 SOBRE O “DIA DE ÁREA”

A semana na unidade Nova Esperança é organizada de maneira que às terças, quartas e quintas-feiras uma das equipes se dedique às atividades de visita domiciliar aos seus pacientes. Assim, na terça-feira a equipe 1 se ocupa do trabalho ‘em área’, na quarta-feira a equipe 3 e na quinta a equipe 2. O dia de visita de cada equipe é chamado por todos de “dia de área”. Enquanto a equipe que fará visitas domiciliares se dedica a esta atividade, as demais seguem os atendimentos do dia na unidade de saúde. Nestes dias, o período da manhã é destinado às visitas e o da tarde à reunião da equipe para discussão sobre os pacientes, em especial aqueles visitados no dia. Nas segundas e sextas-feiras as atividades estão restritas ao ambiente interno à unidade de saúde.

Durante minha passagem pela unidade, percebia que o “dia de área” na unidade Nova Esperança era bastante valorizado por alguns e tomado como atividade menos importante por outros. Esse fato não chegava a deflagrar processos de tensão nas equipes mas, conforme minha presença tornou-se constante e as pessoas sentiam-se mais à vontade comigo, foi motivo de reclamação, às vezes implícita, às vezes explícita, nas falas dos meus interlocutores:

Aqui a maioria de nós tenta levar a sério o dia de área. É isso que é o diferencial do PSF. Mas é difícil, tem gente que pensa que dia de área é o dia que dá pra faltar, com a ideia de que só o atendimento na unidade tem importância. No caso da odonto, é o atendimento na cadeira que importa. (Julio, dentista)

Às vezes o dia de área passa a ser fictício, sabe, Silvana, e você percebe isso. A gente começou meio embolado isso. Era um dia que um faltava, outro marcava médico, o outro não sei o quê. Aí eu falei individualmente, com cada um, pra não fazer isso porque a gente tem um trabalho tão bacana, não pode deixar as coisas se perderem assim. E é legal que a gente tá conseguindo ter o dia de área. Senão, o PSF perde o sentido. E já é tanta coisa de papelada que a gente tem que sentar na frente do computador, que a gente tem que ir resolvendo, que o dia de área seria pra mim o *must*, porque eu não tenho nada na minha agenda mas eu me polio e digo ‘não, nós vamos pra área’. Senão fica atenção básica como as outras. (Aline, enfermeira).

Tem gente que não tem compromisso com o que está fazendo aqui.

Não entendeu ainda o que é o PSF. Dia de visita é dia de lazer. (Regina, auxiliar de enfermagem).

Às vezes a gente percebe que alguns não dão muita importância, mas eu acho que faz muita diferença ter este contato com os pacientes. (Gisele, auxiliar de enfermagem)

O contato domiciliar com o paciente é o que o PSF tem de diferente, conforme indicam alguns dos meus interlocutores, em relação ao trabalho realizado pelas unidades 'não PSF'. No entanto, se uns aderem a essa ideia valorizando-a como o "diferencial" do PSF, outros aderem pouco. O "dia de área" é um dia em que a equipe deixa as atividades internas à unidade e segue para a casa dos pacientes, o que implica um encontro em que outros elementos, além da doença, aparecem (tais como a vida em família, as condições de moradia, etc) e sobre os quais o profissional tem pouco controle da sua condução (como por exemplo a indisponibilidade do paciente para recebê-lo). É como inverter a ordem "natural", em que o paciente é quem procura o profissional, e não o contrário. No período da tarde, como desdobramento das visitas realizadas pela manhã, é feito o relato à equipe sobre como se deram as visitas do dia, o que aconteceu, como aconteceu e como foi conduzido o caso, e também são ouvidas as considerações dos demais. Todo este esforço requer pensar sobre os pacientes, do ponto de vista biológico (o estado de sua doença) e de outras perspectivas que extrapolam o universo técnico e, na maioria das vezes, a capacidade de resolução. Atividades como consulta e/ou execução de procedimentos técnicos, realizadas no espaço institucional, organizam a relação de maneira que seja possível ater-se aos dados biológicos sobre o paciente, permitindo um distanciamento (mínimo) necessário.

Em "dia de área" a equipe que fará as visitas domiciliares se reúne brevemente para discutir o itinerário de cada um. Durante a reunião que precede a saída para a área, cada profissional fala sobre o paciente que pretende visitar. Em geral os pacientes que recebem visitas já são conhecidos de todos e a distribuição dos diferentes profissionais para cada caso se dá de acordo com a necessidade percebida pela equipe.

Quando você tem uma situação de um paciente acamado ou com câncer, ou qualquer situação que impossibilite ele de vir aqui, você

acaba priorizando ele e acaba deixando aquele paciente que por exemplo é hipertenso e que tá estável (Estela, enfermeira).

Em geral, em dia de área, todo mundo tem uma demanda pra trazer. É a equipe que determina. Não é só um ou outro que traz. Situações crônicas, paciente que tá debilitado ou que tem câncer ou tem problema renal, ou é um idoso que não consegue vir. Acho que as minhas visitas acabam sempre sendo meio focadas em problema social. Eu percebo assim, percebo que principalmente as minhas ACSs, quando elas têm um pepino social, elas me chamam. Pepino social é aquela situação de violência em casa, negligência. Uma visita que eu fiz na semana passada, por exemplo, em que a menina (...) tem comprometimento de saúde mental, o esposo é etilista, moram em situação muito precária... Então eu tenho bastante disso, posso falar por mim, mas acho que muitos de nós aqui têm essa preocupação. Eu vejo isso muito no Júlio [dentista], eu trabalho direto com ele então vejo que ele tem essa preocupação. A Luisa [técnica em higiene dental] também. A Estela [enfermeira] mesmo, que é diferente de mim no jeito de lidar com as situações dos pacientes, mas que tem também as mesmas preocupações. Enfim, a maioria de nós tem essa preocupação, cada um do seu jeito, mas o problema 'social' acaba sendo preocupação de quase todo o mundo. Mas é isso, são os acamados por algum motivo ou são os problemas sociais que chegam pra gente. (Aline, enfermeira)

Como a maioria dos pacientes é conhecida pelo serviço de saúde, qualquer um dos profissionais de saúde integrantes das equipes pode indicar aqueles para os quais há necessidade de visita domiciliar, mas, em virtude do maior contato das agentes comunitárias com os pacientes, parece haver um maior número de demandas de visitas trazidos por elas. Idosos, gestantes e recém-nascidos são sempre pacientes entendidos como prioritários. No caso de gestantes e recém-nascidos, os programas específicos de atenção ao grupo materno-infantil exigem este tipo de ação. Para outros pacientes, há sempre uma doença a ser tratada, aí os casos prioritários são aqueles com doenças graves ou com impossibilidade de locomoção do paciente até o serviço de saúde, mas questões de natureza "social" contam a favor da indicação para visita. Ou seja, um paciente que tem câncer, ou um "paciente renal", têm sempre indicação de visita, contudo outros pacientes, com doenças menos graves, mas que tenham problemas "sociais" (miserabilidade, negligência, violência), são alvo também de especial atenção.

Durante minha passagem pela unidade, ouvia frequentemente as equipes conversarem sobre casos que envolviam algum tipo de violência, mas eu não tive oportunidade de acompanhar visita a eles. Percebi que nessas

situações havia um cuidado maior ao estabelecer contato domiciliar. Desse modo, muito menos a minha presença seria cogitada pelas equipes. Aproximar-se rapidamente demais ou visitar o paciente com muita frequência poderia dificultar o estabelecimento de uma relação que permitisse algum tipo de vínculo com estas famílias.

Conforme percebam alguma especificidade dos pacientes que os colegas ainda não saibam, os diferentes integrantes das equipes oferecem novas informações, em especial as agentes comunitárias. A ACS Celina, por exemplo, ao sugerir que alguém vá à casa da paciente Joana, informa:

Tá difícil por lá. O diabetes dela tá descompensado. Ela acorda de manhã, faz o destro, vê que a glicose tá diminuída e toma café. Daí vê que a glicose subiu e toma a insulina. Daqui a pouco vê que a glicose tá baixa de novo e toma uma colher de leite condensado. Daí eu expliquei como tem que fazer, que não é assim e ela diz que faz tudo certinho. A filha diz que a mãe não faz [não segue as orientações], a mãe diz que a filha deixa ela nervosa e daí o diabetes fica descompensado.

Definidos os pacientes a serem visitados, a equipe se divide, saindo sempre um profissional de saúde acompanhado de uma agente comunitária. A decisão sobre quais profissionais se encaminharão para esta ou aquela casa e o estabelecimento das parcerias se dão coletivamente. Em geral cada um já tem em mente quais os pacientes que pretende visitar, mas ainda assim ocorrem “rearranjos” de última hora no itinerário pensado e nas duplas, conforme se julgue necessário. Nestes momentos todos opinam e vão fazendo suas “escolhas” na discussão do grupo; as parcerias, apesar de variarem bastante, contemplam sempre uma das agentes comunitárias. Ou seja, saem para visita um ou dois profissionais de formação superior e/ou técnica, acompanhados invariavelmente pela ACS da microárea em que resida o paciente. Pude observar que, em algumas situações, o profissional que pretendia visitar determinado paciente é solicitado para outra visita, para a qual o restante da equipe julga ser mais importante sua presença. Durante minha inserção no campo, acompanhei diversas visitas realizadas pela agentes comunitárias, pessoal de enfermagem e odontologia, conforme tratarei mais adiante, mas não tive a oportunidade de acompanhar as médicas.

No período da tarde, o grupo voltava a ser reunir, agora com um tempo

maior para discutir as situações apresentadas. Invariavelmente, depois das reuniões de equipe havia algum lanche, providenciado pelo próprio grupo¹⁰. Começando a conversa, um dos funcionários faz o seu relato sobre a visita feita pela manhã e os demais vão tecendo suas considerações quando necessário. Numa das reuniões, a auxiliar de enfermagem Marina fala sobre a visita a um bebê recém-nascido em parto prematuro:

chegamos lá [Marina e a ACS Sônia] e vimos o bebê. Nasceu com 1,1 kg. Bem pequenininho. E estava com orientação de aleitamento de três em três horas, intercalando com mamadeira. Nós reorientamos livre demanda de aleitamento materno exclusivo. Não dá pra deixar um bebê desses com uma orientação desse jeito. Vamos acompanhar o desenvolvimento dele.

Sônia diz que “isso é coisa de médico de convênio”. O “médico de convênio” não só teria dado uma informação equivocada (do ponto de vista científico), mas o que me parece implícito é que este médico não teria o mesmo conhecimento sobre o contexto geral da família – inclusive para manter a compra do leite – e mostra um distanciamento em relação ao compromisso de favorecer e acompanhar o desenvolvimento do bebê. Em geral os moradores que contratam serviços privados pouco frequentam a unidade de saúde, mas acontece também de alguns deles optarem por buscar os dois tipos de serviço. Não há, comumente, no contexto investigado, menções frequentes às diferenças de atuação ou conduta do “médico do convênio”, mas nos casos de cuidado pré-natal e ao recém-nascido as divergências são percebidas e referidas pelos profissionais das diversas categorias (não somente nesta unidade PSF, como também em outras pelas quais tive passagem). A atenção ao pré-natal no serviço público busca, por exemplo, valorizar e incentivar, desde o início da gestação, a opção pelo aleitamento materno, compreendendo o cuidado com o bebê como extensão “natural” do cuidado com a gestação e o parto. Some-se a isso o fato de que o profissional que acompanha a gravidez será o mesmo que acompanhará o cuidado com a criança. No caso dos “médicos dos convênios”, o paciente é a gestante, o

10 Para as reuniões semanais de equipe havia uma escala para o lanche. Assim, cada um já sabia quando tinha esse compromisso com o grupo. Também havia um lanche, providenciado pela autoridade sanitária, nas reuniões de todo o grupo de funcionários, feita uma vez por mês com a autoridade sanitária para o planejamento das atividades do mês correspondente e repasse de informes do distrito sanitário e/ou da secretaria de saúde.

“objeto de cuidado” é o desenvolvimento da gestação e o médico é um gineco-obstetra; o bebê é paciente para um outro especialista, o pediatra. Não há, portanto, continuidade no processo que envolve a gestação, o parto e o cuidado com o bebê. A continuidade das ações do generalista no trabalho do PSF tem, em situações como esta, no meu entendimento, uma qualidade importante. Ser o profissional de referência dos diferentes membros da família, parece permitir uma menor fragmentação na assistência, pois o paciente aí está efetivamente sendo percebido como sujeito inserido em contexto familiar. No exemplo da atenção à gestante e ao bebê, não há o paciente de um médico e o paciente de outro médico, há uma mãe e um filho, que se relacionam entre si e com os demais membros da família. Características como as condições de vida da família e o modo como a mãe viveu a gestação são conhecidas e mais facilmente consideradas no trabalho de assistência que se destina também ao bebê. Em geral, o contato domiciliar traz repercussões na maneira como os profissionais percebem e conduzem os problemas dos pacientes. Retornarei a essa característica no terceiro capítulo.

Em seguida, Júlio começa a falar sobre as visitas que fez, em companhia da ACS Helena e da auxiliar de saúde bucal. Também eu participei desse grupo. Sobre a visita à casa da paciente Larissa, uma menina que preocupava por causa do lábio leporino, cujos pais são alcoolistas e a família vive em condições de pobreza extrema, Júlio relata:

chegamos lá e a Nilce [mãe da menina] estava encostada no portão, não consegui perceber se estava alcoolizada. Estava num desânimo. Perguntei como estava e ela me reclamou de dor lombar. Eu perguntei também sobre a Larissa e ela foi logo dizendo que era tudo ela naquela casa, que ela também tem problemas. Eu falei sobre a importância de atender ao problema da Larissa, expliquei que ela tem ossinhos ainda em formação e que não dá pra deixar pra depois. Disse que os problemas dos adultos podem ser resolvidos com mais tempo, mas que criança não dá pra deixar, senão o defeito fica permanente. A Dona Helena [ACS] também tentou convencer, mas não sei não, se vão atender.

A auxiliar de enfermagem Regina então informa que chegou agendamento para a menina no CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal)¹¹ para atendimento especializado. Em separado,

11 CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal) é um centro voltado para o tratamento das deformidades craniofaciais, entre as quais se incluem as fissuras labiopalatinas. É um órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) conveniado

porque a equipe já sabia do caso, a ACS Helena me diz que na casa de fundos do mesmo terreno mora Juliana, a irmã mais velha da paciente em discussão:

naquela hora que a gente foi, pelo jeito ela não estava lá, mas eles têm uma filha que mora também ali. Quis morar na casinha de fundos porque não aguentava a situação dos pais. A moça se prostitui, sabe. Coitada, é bem boazinha, mas fazer o quê, né. Eu falei pra ela tentar arranjar um emprego, mas ela me disse ‘ih, Dona Helena, assim eu ganho mais do que arranjando um emprego’. É uma moça bonita, tem 21 anos. Acho que é ela que vai acabar cuidando da irmã. Mas dá dó, porque de repente a mais nova acaba indo também pro mesmo caminho. Uma judiação aquela situação deles.

Júlio segue o relato: “depois passamos na casa do Seu Antônio, chegamos e a Regina [auxiliar de enfermagem] já estava lá. Ele não está bem, não”. Regina diz que o paciente reclamou da ausência de um médico:

isso é o que eu mais escuto: ‘ai que saudade do doutor Renato’. Auxiliar tem, enfermeira tem, dentista tem, mas médico, cadê? Eu falo pra eles ligarem na ouvidoria, dizer que não dão auxílio. A população só reclama pra gente. Eu explico que está entrando a doutora Denise na unidade, na área que era do doutor Renato, mas mesmo assim precisa de mais um. E precisa que vão pra área também. Se a gente tem horário, todo mundo tem horário, ué, senão vira oba oba. Não adianta só a gente ir. É a gente que fica ouvindo reclamação dos pacientes.

Percebendo o constrangimento dos colegas em virtude da minha presença, Regina segue dizendo: “eu falo mesmo. Alguém tem que falar. Eu cumpro meus horários, tento fazer tudo certo. Não tem nada que possam reclamar de mim, então eu falo. Digo pros pacientes que o horário do fulano é tal, do beltrano é tal”. E, se dirigindo a mim, acrescenta: “pode colocar aí no seu relatório. Você vai na casa do paciente ele está lá ruim como estava hoje o Seu Antônio, você faz o que está ao seu alcance, mas a gente tem perna curta”.

Os relatos continuam e em seguida todos lancham. O grupo parece não estranhar as falas da auxiliar de enfermagem, mas permanece um certo mal-estar na minha presença. No fim pergunto para Regina se ela me autoriza mesmo a colocar suas palavras no meu texto e ela diz que sim:

você vê como tem bastante gente séria aqui, que trabalha sério, então o que eu falo não serve pra todo mundo. O nosso trabalho é bom, só que precisa dar um jeito em algumas coisas. Eu acho que a maioria pensa como eu, só não tem coragem de falar. Eu tenho. O pessoal aqui sabe que eu sou meio ‘porvinha’ mesmo, sabe, aqueles

mosquitinhos que incomodam? Mas eu faço meu trabalho certo, cumpro meus horários, então não tenho medo. Acho importante que você coloque tudo isso no seu trabalho aí, porque isso tem que ser levado a sério por alguém. A gente está aqui pra trabalhar e cumprir as normas do PSF.

Questões relativas ao cumprimento dos horários já haviam sido apontadas por outros membros das equipes de maneira sutil, mas especialmente em ‘dia de área’ esse é um problema que parece incomodar.

A auxiliar de enfermagem Regina, que tece essas considerações, por ocasião do ocorrido naquele dia em suas visitas, me pareceu bastante angustiada por não poder resolver mais prontamente à situação demandada pelos pacientes. Naquela época, eu já acompanhava o trabalho das equipes há bastante tempo, por isso sabia que Regina adotava (deliberadamente) uma postura sempre “polêmica”, assumindo suas críticas a vários aspectos do trabalho na unidade ou tratando os pacientes com aparente rispidez. Sua postura neste dia, porém, me surpreendeu. A crítica já era até esperada, mas a motivação para a crítica não parecia ter relação com o controle de horários e atribuições dos funcionários, e sim com algo que, aos “menos avisados”, não correspondia com seu comportamento habitual. Regina estava bastante comovida com a situação dos pacientes que visitara. Percebendo meu interesse pela situação, a enfermeira Aline me diz: “é tudo ‘casca’. Essa aí faz esse tipo durona, meio encenqueira, mas é uma das pessoas mais comprometidas daqui. Agora que você conhece todo mundo aqui, talvez consiga perceber isso também”. O dentista Júlio me fala que “tem gente que faz um tipo ‘meigo’, cheio de palavrinhas agradáveis, mas que na verdade não tem lá essa preocupação toda e [ao contrário] tem gente que não parece, mas se preocupa com o que está fazendo. A gente só conhece aos poucos com quem está trabalhando”. E, mais explicitamente se referindo a esta auxiliar de enfermagem, segue dizendo: “a Regina é um tipo engraçado. Tem paciente que não gosta dela de jeito nenhum. Na hora de fazer a divisão do pessoal para as visitas, a gente já sabe que tem uns [pacientes] que é melhor nem sugerir que ela vá, porque o paciente vai reclamar. Mas ela tem disso que você viu aqui. Fica preocupada de verdade, não está ‘fazendo tipo’.

3.3.2 SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES

Esta atividade é diariamente procedida pelas agentes comunitárias, que devem pelo menos uma vez por mês “passar em visita” na casa dos moradores inscritos na unidade de saúde e, no fim do mês, construir relatório da atividade, oferecendo suporte à construção dos dados que informam a ‘produção’ do serviço. Os pacientes priorizados, por norma do serviço, são aqueles inscritos em programas específicos, como os casos de doenças crônicas não transmissíveis (a exemplo dos hipertensos e diabéticos), gestantes e recém-nascidos. Não há, portanto, necessidade de visitar pacientes que não estejam sob acompanhamento por algum programa de saúde da unidade. Contudo, ao identificar novos moradores, em geral as agentes comunitárias costumam visitá-los para verificar se há o interesse de vinculação ao serviço e se gostariam de se cadastrar na unidade de saúde. O movimento também pode ser inverso, ou seja, o paciente pode, por livre demanda, procurar o serviço para estabelecer cadastro. Quando a iniciativa é do paciente, em geral ela se deve à necessidade de algum tipo de atendimento. Há então uma visita de rotina das ACSs e a visita da equipe, que ocorre no “dia de área específico” e conforme solicitação do paciente ou de algum dos integrantes da equipe.

Nas visitas de rotina, as ACSs conferem e atualizam dados anteriormente informados pelas famílias e perguntam aos pacientes se estão seguindo os procedimentos orientados, como por exemplo o uso de medicamentos e a atenção à vacinação infantil. Também nestas ocasiões são entregues guias de encaminhamento para exames e agendamento de consultas. Comumente nas visitas das agentes comunitárias os assuntos extrapolam as respostas às perguntas ‘protocolares’. As pessoas costumam falar sobre os problemas da vida cotidiana, e por vezes solicitam apoio para o acesso ao serviço (agendamento de consulta, visita de pessoal da enfermagem e, principalmente, da medicina). Sobre isso a ACS Fátima relata: “aqui a gente é meio psicóloga, meio assistente social, meio carteira. A gente está dentro da casa das pessoas direto. Eu fiz muitas amizades aqui. Eu estava em outra área

antes [na mesma unidade de saúde], agora cubro outra área, mas vou lá às vezes pra ver minhas amigas”. Ao entrar na casa de uma paciente com esta mesma ACS, percebo que a paciente, Dona Eva, uma senhora idosa, hipertensa e diabética, pede: “Fátima, pega a minha caixinha de remédio, você sabe onde tá”. Depois Fátima me explicou que Dona Eva toma muitos remédios com embalagens parecidas e que, apesar de saber ler, já não enxerga bem e vinha se confundindo com os remédios. Por causa disso essa agente comunitária passou a desenhar nas embalagens um “solzinho” nos remédios que ela deveria tomar durante o dia e uma “luazinha” para os que deveria tomar à noite e os organizou em uma caixa.

3.3.2.1 EM VISITA COM AS AGENTES COMUNITÁRIAS

Ainda nos primeiros dias da minha entrada em campo, fui apresentada pela autoridade sanitária à ACS Dona Helena. Cintia, a autoridade sanitária, sugere que, para entrar em contato com o grupo, nada melhor do que começar por uma das pessoas que mais conhece seus pacientes. Ao me apresentar à Dona Helena falei sobre os propósitos da minha pesquisa e pedi que me autorizasse a acompanhá-la nas suas atividades. Muito receptiva, a agente comunitária me convidou para as visitas domiciliares aos moradores da sua microárea, das quais, nas várias semanas seguintes, participei com ela e com outras agentes comunitárias.

Acompanhando o trabalho de Dona Helena, enquanto caminhamos pelas ruas, entre uma visita e outra, recebo dessa ACS várias informações sobre os pacientes. Sobre aqueles que vamos visitar e sobre outros, moradores das casas pelas quais passávamos em frente. “Aqui moram os Loureiro, aqui os Moura, aquela casa ali da frente eu não sei, é gente nova, tenho que passar lá”. Percebo que se trata de um nível de conhecimento bastante importante sobre os moradores. As visitas domiciliares, como atividade de rotina, fazem com que as ACSs circulem diariamente pelo bairro, o

que lhes permite identificar o “movimento” da localidade e os horários do cotidiano de vida dos moradores. São comuns comentários como “ué, a casa da Cristiane tá toda fechada? Ela quase não sai de casa. Será que aconteceu alguma coisa? Vou passar lá depois pra ver” ou “Seu Francisco, depois que ficou doente, fica só em casa. Antes, numa hora dessas ele já estava aqui na rua cuidando das plantinhas. Esse terreno que você está vendo ali em frente com umas flores acho que é da prefeitura, mas ele vive cuidando”.

E como conhece bem os pacientes da área, alguns são motivo de especial preocupação: “não consegui passar na casa da Lígia ontem, ela perdeu os bebês, estava esperando gêmeos, já estava no final da gravidez e acabou perdendo. Ela já era meio depressiva, agora tá de um jeito que dá dó. Tenho que ir na casa dela”.

Chegando à casa de Seu Francisco, um dos pacientes, encontramos sua esposa, Dona Rita. Paciente idoso com câncer de próstata. Dona Rita nos recebe e a ACS me apresenta, meio insegura ao explicar o motivo da minha presença na visita. Dona Rita me cumprimenta, simpática. Dona Helena pergunta sobre como ela está e a paciente responde: “tem que estar bem, né. A gente que é mulher não pode reclamar muito, tem que dar conta. Ainda mais cuidando de doente”. Enquanto entramos na casa, a agente comunitária vai perguntando à moradora sobre como está seu marido, ao que ela diz que “não tá muito bem”, fala também sobre as queixas do marido e diz que ele tem sentido bastante dor. Ao entrarmos na casa do paciente, o encontramos deitado. A ACS me apresenta também a ele. “Bom dia, seu Francisco, como é que tá o senhor? Vim aqui ver como é que tá indo, como está se sentindo”. O paciente, acamado, diz que vem sentindo algumas dores que o estão incomodando. Dona Helena pergunta: “E os remédios? Tá tomando? Não estão ajudando?” O paciente diz que toma os remédios conforme o que foi orientado, mas que não tem conseguido comer, principalmente carne, e reclama da bolsa de colostomia. Dona Helena diz que vai falar com o pessoal lá na unidade. “Vou falar com a Aline [enfermeira]. Com certeza ela ou alguém da unidade vem aqui ver o senhor. É bom que o senhor tente se alimentar, hein, mesmo que seja difícil. Tem que ficar mais forte”. A conversa segue com o

paciente falando sobre o quanto é difícil para ele, não só pelas dores, mas pela própria condição de estar acamado. Ao ouvi-lo, Dona Helena fala que é assim mesmo, deve ter paciência, fazer o que precisa ser feito para que possa voltar à “vida normal”. Depois de mais ou menos meia hora, deixamos o domicílio do paciente. A agente comunitária diz: “nós vamos indo, tá. Mas pode deixar que alguém vem aqui ver como é que o senhor está”. Saindo da casa do Seu Francisco, Dona Helena pergunta sobre Rosana, filha do casal, ao que Dona Rita diz que está bem. A moça é portadora do vírus HIV. Ao sairmos, Dona Helena informa que Rosana é quem “faz as correrias” para o pai, “é ela que vai atrás das coisas, vai buscar remédios, vai correr atrás das coisas do tratamento do pai”, e complementa dizendo que “isso é bom pra saúde dela também”. E mostra-se preocupada em falar com a enfermeira sobre o caso: “tem que falar com a Aline sobre ele. É importante ela vir aqui”. Num tom bastante sério e valorizando a importância do trabalho dos colegas de equipe, comenta:

A gente [ACS] tem que andar com pessoas graduadas. Nem tudo dá pra resolver, mas com o conhecimento de cada um a gente consegue ajudar bastante. ‘Que nem’ a Aline, por exemplo, ela tem muita prática de enfermeira, ela é muito competente, se ‘envolve com os pacientes’, você vai ver, tenho certeza de que ela vem aqui, quando ela vier venha com ela. A Gisele [auxiliar de enfermagem] também é muito boa, o doutor Júlio [dentista].

E estendendo sua explicação sobre a importância de ter uma boa equipe, comenta que o doutor Renato¹² “está fazendo falta na unidade”:

nossa equipe aqui é boa, mas é que tem hora que precisa também de um médico. Doutor Renato era muito bom médico, todo mundo gostava dele. Se ele estivesse aqui, você ia ver, que beleza que era trabalhar com ele. [Ele] se preocupava. Conhecia todos os pacientes. Numa situação dessas como a do Seu Francisco, ele não ia deixar de vir. Tem a doutora Denise que chegou agora, mas é muito pouco tempo que ela tá aqui, ainda não conhece bem os pacientes, isso leva

12 Quando da minha inserção no campo, doutor Renato havia recentemente deixado a unidade de saúde e sua ausência era mencionada com muita frequência por colegas e pacientes. Todos se referiam a ele como uma presença importante para o serviço, especialmente por seu modo, referido como atencioso, de tratar com os pacientes e equipe. Já no início do meu campo, em uma reunião de equipe, alguns comentários me chamaram a atenção sobre a passagem deste médico pela unidade. Na ocasião, uma das agentes comunitárias perguntou: “você viram as fotos que o doutor Renato colocou no *face*?”, referindo-se às fotos da cidade em que o médico estava morando e que havia postado na rede social *Facebook*. E comentou: “viram só que ‘metido’?”. Quando perguntei se eles mantinham contato com o colega, me disseram que continuavam “trocando figurinhas pela internet”. Diante dos comentários dos colegas, comecei a perceber que se tratava de alguém cuja ausência era bastante sentida, muito pelas suas características pessoais, o que poderia repercutir na expectativa criada sobre o trabalho da médica que o substituiria.

tempo. Ele tratava os pacientes com carinho, falava 'olhe, Dona Helena, estou preocupado com fulano, com beltrano' e perguntava o que eu achava quando passava na casa dos pacientes. É importante a gente trabalhar com pessoas instruídas.

Acompanhando o trabalho das agentes comunitárias de saúde, semelhantemente aos relatos citados de Dona Helena, percebo que algumas valorizam quando os demais profissionais das equipes consideram os pacientes além dos aspectos biológicos relativos às doenças. A menção constante de que o colega fulano ou beltrano é bom profissional porque se preocupa com seus pacientes demonstra uma compreensão relativa ao reconhecimento dos pacientes como pessoas, não somente com a evolução da doença. Assim, o caráter pessoal das relações entre profissionais e pacientes aparece bastante valorizado pelas agentes comunitárias.

Há que se considerar que o agente comunitário de saúde e os usuários do serviço também mantêm uma relação entre vizinhos, o que por vezes exige o estabelecimento de alguns limites, como me informa a ACS Celina:

Às vezes a gente encontra as pessoas fora do horário, no mercado, e eles perguntam coisas. Parece que a gente trabalha de domingo a domingo, então eu tento 'cortar', com jeito, desse meu jeito, meio brincando. Aqueles [funcionários] que não moram aqui não têm esse problema, mas a gente tá direto encontrando todo mundo. Eles [os pacientes] veem a gente como 'a unidade de saúde'. E não é bem assim, não. Senão a gente não tem vida.

Se existe uma relação pessoal facilitada pelo contato mais próximo e constante, existe uma dificuldade também importante em definir os limites entre o que seja a vida pessoal e a vida profissional. Conforme minhas informantes, o agente comunitário precisa ter cuidado para não ser agente comunitário em tempo integral.

3.3.2.2 EM VISITA COM A EQUIPE

Diferentemente das ACSs, os demais profissionais têm contato no domicílio somente com os pacientes indicados para receber este tipo de

atenção. Dessa maneira, conforme mencionado anteriormente, há um dia específico da semana para que cada equipe faça visitas aos pacientes da sua área.

Relato a seguir três visitas, realizadas na microárea de cuidado da ACS Dona Helena, sendo duas com pessoal de enfermagem e outra com pessoal de odontologia.

No primeiro caso, dirigindo-nos à casa do paciente Tiago, um menino de mais ou menos dez anos, portador de doença renal crônica, Aline [enfermeira] relata que já conhece bem o paciente e conta alguns detalhes sobre a doença, as consequências no desenvolvimento físico do menino e sobre como a mãe e o paciente têm bastante interesse em se informar a respeito do problema e das condutas de tratamento. Dona Helena complementa dizendo que, apesar de ser uma doença “meio complicada”, eu ia gostar de ver como o menino é esperto, “sabe tudo sobre o tratamento” e “faz tudo direitinho”.

O próprio paciente nos recebe no portão. Bastante ativo, pede que entremos, porque sua mãe estava em casa. Aline me apresenta a Vera, mãe do menino, que se mostra contente com a visita: “que bom que vocês vieram. Falei com a Dona Helena esses dias, porque queria mesmo que você [Aline] viesse aqui. Queria que você me ensinasse de novo a tirar a pressão. Eu tentei, mas não consigo ouvir como você me explicou. Queria dar conta de tirar a pressão do Tiago em casa eu mesma”. Aline diz que é fácil, é só “educar o ouvido”, mas, para ensinar, deve vir com mais tempo, “não pode ser na correria”, e combinou de voltar no fim da tarde para isso. Dona Helena comenta que seria bom aprender, porque isso facilitaria para acompanhar melhor a situação do filho: “tenta de novo, daí você mesma vê a pressão dele”. Segue-se a conversa falando dos resultados dos exames recentes e da administração correta dos remédios. O garoto me desperta a atenção pelo comportamento atento às informações, fazendo comentários sobre os horários dos remédios e sobre como foram feitos os exames. Enquanto tratam de alguns detalhes dos exames, Dona Helena dirige-se a mim, dizendo “viu só como ele sabe tudo, esse menino é ótimo. Ele é muito esperto, entende tudo o que tá acontecendo com ele, sabe explicar tudo direitinho”. Terminada a conversa sobre o

tratamento do menino, Vera fala sobre o filho mais velho, conta que agora está com esperança de que as coisas mudem: “parece que ele quer mesmo se tratar, então eu acho que dá pra acreditar que vai dar certo”. Percebendo que eu desconhecia o assunto, Vera me diz que o filho “andou se metendo com o que não devia e foi pra bebida” e pergunta a Aline e Dona Helena se “tem ainda no ‘posto de saúde’ aquela moça que trata desses problemas”¹³. Aline confirma, mas, como ela não está todos os dias na unidade, vai pedir que, na próxima vinda, a procure para falar sobre o caso de seu filho. Vera diz a Aline: “vê isso pra mim, Aline, você já me ajudou tanto, me ajuda mais nisso também”. Terminada a visita, Aline e Dona Helena comentam sobre os problemas de Vera com os filhos e sobre como ela é uma “mulher forte”.

A outra visita com a enfermagem foi ao Seu Francisco, o mesmo cuja visita da ACS relatei acima. Dona Helena, a enfermeira Aline, a auxiliar de enfermagem Gisele e eu entramos na casa e o encontramos deitado, reclamando porque não conseguia comer o lanche preparado pela filha. Apesar disso, parecia tranquilo e de bom humor: “Nossa, quanta mulher entrando na minha casa”, ele fala. Todas riem. Aline responde: “pois é, Seu Francisco, é muita mulher, né? Estou vendo que o senhor não tem conseguido comer. Como é que o senhor está?” O paciente diz que sente bastante dor e que quase não tem se alimentado: “eu sei que eu tenho que comer. Fica todo mundo me falando isso, mas não estou conseguindo”. Gisele sugere então “coma pouco, um pouquinho de cada vez, mas mais vezes durante o dia. Vai até onde o senhor pode só, mas não deixe de se alimentar. Aline completa as orientações: “a gente sabe que o senhor não está conseguindo, é esperado no seu caso, mas tem que se alimentar de algum jeito. Coma em poucas porçõeszinhas, e se o senhor vê que não dá, tudo bem, para, depois come mais um pouco”. O paciente diz que deve fazer coleta de material para alguns exames, mas que não está conseguindo caminhar. Sente-se fraco e com dor. Aline diz que vai solicitar que a coleta seja feita em casa para ele não precisar se locomover até a unidade de saúde e pede licença para aferir sua pressão arterial: “Olha só, tá

13 A paciente se referia a uma moça, vinculada a uma ONG (Organização Não Governamental) que estabeleceu parceria com o serviço público de saúde, que desenvolvia um trabalho voluntário em unidades de saúde com pacientes etilistas.

boa sua pressão, Seu Francisco”, orientando a filha quanto aos procedimentos de cuidado com a bolsa de colostomia. Aline encerra a visita reafirmando que vai tomar providência quanto à coleta de material para os exames. Seu Francisco despede-se de nós agradecendo pela visita.

Este paciente, que era cuidado também pelo hospital de referência para tratamento oncológico, recebia visitas constantes da equipe da unidade de saúde e, ainda durante minha inserção no campo, veio a falecer. Ao me falarem sobre seu falecimento, tanto a enfermeira Aline quanto a ACS Dona Helena comentam que é preciso agora ver como fica a filha Rosana, que estava muito abalada com a morte do pai:

Era ela que fazia tudo. Ela que providenciava o que era preciso, principalmente coisas tipo guias de encaminhamentos para exames, quimioterapia, essas coisas assim. E ela é HIV, né. Mas no caso dele a gente já sabia. Não tinha mais muito o que fazer. Eu ia lá pra cuidar dele mais nesse sentido de fazer os procedimentos necessários, até porque evita mais sofrimento além do que ele já estava passando com as dores, mas a evolução da doença já estava avançada demais.
(Aline, enfermeira)

Em outra visita, em companhia do dentista Júlio, a preocupação era saber sobre Larissa, que vinha sendo acompanhada pela odontologia com especial atenção, devido à necessidade de cirurgia para corrigir lábio leporino. Nesta visita estávamos eu, Júlio, a auxiliar de higiene bucal Tais e a ACS Dona Helena. Júlio me conta que a odontologia na unidade tem tentado cuidar “direitinho” do tratamento, por conta das consequências do problema da menina para o seu desenvolvimento ósseo. Perto da casa encontramos Nilce [mãe da paciente] que, encostada no portão, não se mostra disposta para nos receber. Júlio começa a conversa: “Bom dia, Nilce, como é que você tá? A gente veio aqui ver como vocês estão”. Ela responde que está bem e que estava naquele momento sozinha em casa. Percebendo a pouca disposição da mulher em conversar com a equipe, Dona Helena pergunta se o seu marido tinha saído para “catar papel” e se ele estava bem. Nilce responde apenas que sim. “E a Larissa tá boazinha?”, pergunta a ACS. “Nós viemos aqui pra saber dela, precisa agendar cirurgia”, complementa o dentista. Nilce diz que vai ver isso, mas que está com muitas dores nas costas: “Eu tenho meus problemas, tô com muita dor, não dou conta”. Júlio diz “tem que ver o porquê dessa dor e

cuidar disso, mas tem uma urgência aí que é a cirurgia da Larissa. Ela é criança, os ossinhos dela estão em fase de crescimento, então o caso dela não dá pra esperar muito, senão fica pra sempre. Se a gente fizer tudo direitinho agora, a gente corrige isso, senão, depois, fica mais difícil”. Dona Helena comenta: “veja isso, Nilce, você é uma mulher jovem, tem que ficar mais disposta. Vê se você se anima. Não vai perder a cirurgia dela. Ela é sua filha. Você sabe que a gente te ajuda, que o serviço tá aqui, mas você tem que se ajudar também”. A mulher faz um gesto afirmativo com a cabeça, porém não estende o assunto, apenas diz que vai levar a filha para as consultas e a cirurgia. A conversa, que não durou mais de quinze minutos, termina sem que a equipe conseguisse estabelecer muito diálogo com Nilce.

Ao voltarmos para a unidade, referindo-se a este caso, Júlio explica:

Isso é um caso difícil. Não é tanto pelo problema da menina, mas por todo o resto. A gente tá tentando cuidar bem direitinho. A odontologia, não só aqui, mas nas outras unidades de saúde, até consegue dar um bom suporte, mas num caso como esse é difícil porque você marca e eles faltam. E o pior não é que falem só na consulta aqui, mas a gente está com medo de faltarem também no CAIF. Tem como dar suporte pra pacientes como ela, entendeu? Mas a pessoa tem que ir. No caso dela, que é criança, a família tem que levar.

Segundo Dona Helena,

dá dó, porque se fosse um adulto que se virasse sozinho e não fosse [à consulta], tudo bem. Mas uma criança é responsabilidade dos pais. Eu acho que a Nilce tá é com uma depressão profunda. É sempre essa tristeza, esse desânimo. Mas quem vai sofrer com isso depois é a menina. E eles bebem. Os dois bebem. Vivem daquele jeito lá. Não é nem tanto porque vivam naquela pobreza. Eles recebem auxílio do governo e trabalham catando papel, mas a bebedeira atrapalha tudo. Bebem e daí não conseguem dar conta do trabalho direito, e nesse tipo de trabalho tem que ter muito esforço, não é um trabalho fácil, a pessoa tem que batalhar muito, senão não consegue nada.

Ao entrar nas casas dos pacientes, o objetivo primeiro é atender a uma situação de doença, mas esse tipo de contato – que caracteriza o PSF e que por si só é diferente, porque não se dá no espaço que pertence ao profissional mas ao paciente – exige o desenvolvimento de estratégias de aproximação:

Às vezes é uma porta que não se abre. E por melhores que sejam suas intenções, entrar na casa das pessoas, principalmente nos

primeiros contatos, é sempre incerto. E como a gente trabalha em saúde da família, você não vai só pra fazer um atendimento. Tem toda uma preocupação com o que cerca o paciente, com a família, não é só ir fazer atendimento na casa das pessoas. Só que é difícil, e quando tem problema sério mesmo, fica mais difícil ainda. Dentro do domicílio eu tento me inteirar do que acontece. Se o paciente abre espaço pra isso também, né. Senta, conversa, pergunta quantas pessoas moram, o que acontece, se trabalha, se não trabalha. Quer dizer, a gente já vai com uma história preestabelecida. Porque às vezes a gente consegue conversar bastante, às vezes não. Às vezes o [argumento] clínico ajuda pra você ter uma abordagem mínima, pra você conseguir chamar essa família, esse paciente, para você começar a conversar. Então, ele é um hipertenso, e você pega como gancho pra conversar outras coisas, saber de outras coisas, isso às vezes facilita. É claro que tem, sim, uma situação vinculada a um adoecimento, mas é associado clínico e social. A gente vai pro domicílio, porque tem que ver isso mas tem também um lado social. A gente vê também o lado clínico, porque a nossa função não é só social. (Aline, enfermeira)

O trabalho não se restringe aos aspectos clínicos, mas não pode também deixar de ser. As questões sociais, ou seja, tudo aquilo que envolve o paciente precisa ser conhecido para que o trabalho cumpra sua função, que é também, a partir das necessidades observadas, articular os benefícios que o Estado, por meio do serviço de saúde, possa oferecer. Dessa maneira, percebia, ao entrar na casa dos pacientes, acompanhando os diferentes profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, que a condução do cuidado dos pacientes implicava um fazer técnico (clínico) e seu desdobramento com a articulação de acesso a outras instâncias do serviço de saúde e/ou outros setores do Estado que respondessem ao problema. A identificação das necessidades biológicas e/ou “sociais” é o fio condutor para a ação, que pode ser clínica (a ser executada no domicílio do paciente ou encaminhada para atendimento subsequente na unidade de saúde ou outras esferas do próprio serviço, como centro de especialidades ou hospital), ou de caráter social, como por exemplo os programas de repasse de benefícios a partir de articulação com outros setores do Estado, como o serviço social, representado pelo CRAS (Centro Regional de Ação Social), um braço local da FAS (Fundação de Ação Social). No caso da família da paciente Larissa, as duas possibilidades de articulação estão presentes. O acesso ao serviço de saúde – principalmente quando, nas visitas domiciliares, são verificadas

necessidades outras que não somente de tratamento médico – facilita e articula o acesso a uma série de outros serviços prestados pelo Estado.

A gente vai de acordo com o que consegue, né. Tem coisas que não dá, porque é uma situação tal que, por mais que você faça, parece que é pouco. As agentes sempre trazem os problemas pra nós. Tem lá um acamado, elas já avisam ‘tem que fazer visita lá’, tem algum pepino social também, ‘vai lá na casa de fulano pra você ver, tá feia a coisa’, e tu vai e tenta fazer tudo o que dá. Tem paciente que você não imagina que vive do jeito que vive. É só chegando na casa mesmo. Eu acho muito melhor, eu visualizo melhor a própria doença se eu vou na casa. O paciente vem aqui e às vezes tem vergonha, eu acho, de falar. Daí é só com mais contato, conquistando a confiança dele, demonstrando que tu tá para ajudar ele. Precisa estabelecer vínculo com o paciente. O paciente precisa saber também o que é nossa função, né. Na cabeça de todo mundo, o serviço de saúde é só fazer atendimento, consulta, mas saúde da família não pode ser só isso. (Aline, enfermeira)

A vinculação com o paciente é uma preocupação constante no serviço investigado e implica investir na sua confiança em relação ao trabalho da equipe. O relato da enfermeira Aline me dá indícios de que o estabelecimento do vínculo com o paciente requer bastante cuidado na abordagem:

Teve uma vez que eu fiz uma abordagem toda errada com uma menina, e eu rompi vínculo com ela, sabe. É que eu me choquei quando ela me disse que estava fazendo tratamento pra engravidar, porque ela não engravidava e tinha 14 anos. Eu comecei a colocar uns argumentos racionais, mas racionais relacionados à minha cabeça. Eu perguntei: você trabalha? Não, não trabalho. Seu namorado trabalha? Não, não trabalha. Então como vão sustentar essa criança? Fiz uma análise que depois avaliei que era cruel. E não adiantou nada, porque ela ficou anos tentando engravidar. Tá agora com 17 anos, mas ainda não engravidou. Acabei, por falta de ‘tato’, rompendo com ela. Eu percebi isso. Eu não consigo atingir ela com o que eu falo, sabe. Ou nem consegui estabelecer algum vínculo, porque eu avaliei ela pelos motivos que eu acreditava. (Aline, enfermeira)

O estabelecimento do vínculo está posto, conforme sugere o relato, como condição para o desenvolvimento do atendimento. A dificuldade em colocar de lado suas convicções, seu modo de ver o mundo, impede minha informante de criar uma ligação com a paciente. Assim, o vínculo que permite o desenvolvimento do atendimento requer que o profissional perceba o paciente a partir dos seus valores. Contudo, uma relação profissional/paciente com essas características vai na contramão daquela proposta idealmente pela biomedicina.

Estabelecido o vínculo, alguns pacientes inclusive já esperam as visitas do pessoal da unidade de saúde.

Eu sou muito bem recebida na casa dos pacientes. Acho que aqui todo mundo é bem recebido. Viu que hoje, quando a gente foi na casa da Dona Eva, ela ofereceu frutas pra nós? Não é por acaso que ela estava lá com aquelas frutas lavadinhas. Ela sabe que toda quinta-feira a gente vai lá. Se bem que ela reclama quando a doutora não vai. Hoje ela falou de novo, não sei se você ouviu, 'a doutora vem quando? Faz tempo que ela não vem aqui'. Eu não estou querendo falar mal da doutora, não é isso, até entendo, porque a gente tá numa situação aqui com falta de médico, então é muita coisa mesmo pra ela. Eu falo isso com ela mesmo, eu tenho essa liberdade, pelos anos todos que a gente trabalha aqui, né. Isso já foi até assunto de reunião, porque as agentes vão e fazem o que é seu, as enfermeiras e os dentistas também e daí tem coisa que é do médico, não tem jeito. Pro nosso trabalho [das ACS] é preciso também, porque se a doutora vai, ela direciona a gente 'olhe, tem que ver isso, tem que ver aquilo, que tipo de remédio o paciente tá tomando'. (Fátima, ACS)

A falta do médico, contudo, é especialmente sentida:

Aqui a gente está numa situação meio complicada há algum tempo porque está faltando médico. Sempre esteve, na verdade, porque a área 3 nunca teve um médico, mas enquanto estava o Renato, que era da área 1 e a Paula na área 2, dava pra atender melhor às visitas. Daí o Renato saiu e ele era um médico que todo mundo gostava muito, era até engraçado, porque alguns pacientes, como o seu Francisco que você conheceu, chamavam ele de Renatinho. Então ficou só a doutora Paula pra atender todo mundo. Um médico só para as três áreas não dá conta. Agora chegou a doutora Denise, mas está começando agora, né, não conhece nada aqui ainda. Então tem um tempo aí de adaptação. Está para vir mais um médico pra cá. Daí sim, ficando completo o quadro, a gente vai conseguir organizar melhor as visitas. E é preciso, sabe Silvana, porque por exemplo, eu visitei três casas, semana passada, em que eles precisavam do médico. Estava lá descompensada, estava lá com falta de ar. Não tenho muito o que fazer. Tem que ser o médico numa situação dessas. (Aline, enfermeira)

A pouca frequência de médicos às visitas domiciliares é mencionada por todos – profissionais de saúde, ACSs e, especialmente, usuários. As reclamações por parte dos colegas das demais categorias se dão por uma questão hierárquica, como sugere o relato da agente comunitário citado acima, mas também como uma lacuna no processo cuidado, uma vez que cada profissão tem atribuições específicas que limitam sua ação na condução do caso.

4 A DINÂMICA DE TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES

Minha intenção neste capítulo é caracterizar a dinâmica de trabalho no PSF, na realidade investigada, apontando suas particularidades e levando em consideração a perspectiva antropológica que considera dimensões da doença e da experiência do paciente como contraponto à unidimensionalidade do saber biomédico, como cultura instituinte do serviço. A presente investigação, partindo da premissa de que não há medicina essencial, isenta de contextualização sociocultural e histórica, toma a biomedicina como uma construção sociocultural (tal como proposto em Kleinman, 1978), buscando compreendê-la, num campo específico de investigação, em suas atividades cotidianas.

Os profissionais de saúde no exercício das suas funções no âmbito específico do PSF – que exige uma série de ações que extrapolam o fazer estrito do atendimento individual – se deparam com situações cotidianas as quais propiciam a emergência de outros elementos que colocam em xeque as dicotomias constituintes do próprio saber. As novas possibilidades de contato com os pacientes, a necessidade de vinculação, evitada em outros tipos de serviços de saúde, o desenvolvimento das ações de cuidado humanizado, são alguns dos desafios cotidianos na rotina de trabalho. Desafios cujas estratégias de enfrentamento requerem a atuação das agentes comunitárias de saúde como elementos de mediação.

4.1 A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

O processo de trabalho em saúde, desenvolvido nos mais diversos tipos de instituições, implica um contato constante com pessoas em situação de adoecimento. Em instituições hospitalares, o encontro que se dá entre profissionais e pacientes pressupõe a objetivação dos processos de

adoecimento. Apesar do foco do processo de trabalho ser o paciente e a produção da saúde (ou a cura das doenças), comumente a cultura organizacional conduz a um distanciamento entre os profissionais de saúde e seus pacientes. A leitura de trabalhos como o de Bonet (2004) e o de Menezes (2006) esclarece sobre a valorização da “não aproximação” com os pacientes durante os processos de tratamento das doenças. De acordo com Bonet (2004), a formação biomédica reflete a tradição ocidental de separação entre o racional e a experiência vivida e que se manifesta com a oposição entre as noções de ‘competência’ e ‘cuidado’, respectivamente. Para o autor, esta oposição constitui a tensão estruturante da prática biomédica, produzindo primazia da ‘competência’ em detrimento dos ‘aspectos humanos’, a partir da ênfase à dimensão biológica na constituição do saber.

Tanto o trabalho desenvolvido em instituição hospitalar quanto aquele desenvolvido em unidades de saúde, em específico na rede pública, são guiados por protocolos e algoritmos. Protocolos se constituem em pautas de trabalho delimitadas; são orientados por diretrizes de natureza técnica e organizacional, contendo recomendações desenvolvidas sistematicamente para orientar o manejo de problemas em circunstância clínica específica e têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Um protocolo é construído, geralmente, na forma de texto, dando a sequência das ações e orientações quanto à tomada das decisões. Os algoritmos são representações gráficas, contendo os passos necessários à realização de uma tarefa, elaborados para facilitar a compreensão das orientações na tomada das decisões. O objetivo da adoção dos protocolos e algoritmos pelos serviços é a padronização de condutas clínicas (e/ou cirúrgicas) em ambulatórios e hospitais.

No serviço público de saúde há, em geral, dois tipos de protocolos: os protocolos clínicos e os de organização do serviço. Protocolos clínicos contêm instruções quanto às ações clínicas, preventivas, promocionais e educativas, enquanto que os protocolos de organização dos serviços orientam a gestão dos serviços, a organização do trabalho em uma unidade do serviço e os fluxos administrativos para a articulação dos serviços em rede entre os diversos

níveis de atenção do sistema.

Pode-se dizer então que, em certa medida, a forma de trabalho na unidade de saúde se assemelha àquela de um hospital. A diferença está primeiramente nos problemas atendidos. Numa unidade da atenção básica geralmente o paciente não está, do ponto de vista biomédico, em situação de agudização que exija observação continuada sob internamento. Quando essa necessidade é percebida, recorre-se aos protocolos de encaminhamento previsto pelo sistema.

Assim, desde a entrada do paciente a uma unidade básica de saúde os passos que se sucedem são regidos por fluxos de trabalho indicados nos protocolos¹⁴. Exemplifico com um atendimento de paciente hipertenso, organizado nas unidades de saúde do município de Curitiba pelo Protocolo de Atenção à Pressão Arterial Sistêmica (CURITIBA, 2004), o qual orienta cada uma das ações, desde a avaliação clínica até a decisão terapêutica. A sequência do atendimento é, em linhas gerais, a seguinte: chegando à unidade de saúde, o paciente deve primeiramente esperar durante dez minutos para a pressão arterial ser aferida em situação de “repouso”, uma vez que com o corpo em movimento os níveis de pressão arterial estariam “normalmente alterados”. Depois dessa espera, afere-se a pressão e segue-se a “anamnese”¹⁵, buscando levantar informações relevantes sobre a história clínica do doente, tais como sintomas sugestivos de lesões em “órgãos-alvo” ou doença cardiovascular, presença de “comorbidades” (outras doenças coexistentes), antecedentes familiares, hábitos alimentares e de atividade física, etc. A partir dos dados referidos, o paciente é orientado quanto às correções que deve adotar nos seus hábitos cotidianos de vida, como a prática de atividades físicas regulares, o padrão de alimentação adequado às suas necessidades fisiológicas (o que implica uma dieta controlada) e a

14 Além do Programa de Atenção à Pressão Arterial Sistêmica, na cidade de Curitiba são implementados vários outros protocolos que orientam a atenção a diferentes grupos de pacientes, a exemplo do Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus Tipo 2, do Programa de Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-nascido (chamado também Mãe Curitibana), entre outros.

15 Anamnese é a denominação dada à parte da consulta dedicada ao questionamento do paciente sobre alguns dados que se pretende investigar, como sinais e sintomas apresentados, doenças pré-existent e coexistentes, histórico de adoecimento na família, hábitos de vida que possam ter relação com a doença investigada ou em tratamento, etc.

administração correta dos medicamentos indicados. Todas as informações relativas ao paciente e às orientações e prescrições profissionais são registradas no sistema de informação (prontuário eletrônico), de maneira que seja possível o acompanhamento do paciente nas próximas vezes a partir de seu histórico (construído por consultas subsequentes), e para que se tenha o controle do número de atendimentos prestados pelo serviço e do tipo de procedimento realizado. O registro dá a dimensão da produção do serviço quanto ao número de atendimentos e procedimentos realizados.

O paciente, a doença e o tratamento, por sua abordagem nos protocolos, são tomados em termos universais. E nesse encontro, concordando com Hahn (1995), os sinais que os profissionais identificam a partir de sua própria observação são vistos como provas objetivas a que somente estes têm acesso, enquanto que os relatos dos pacientes são considerados subjetivos e restringem-se à referência de alguns dados objetiváveis pelo clínico. Desconsiderar o sofrimento do enfermo significa desconsiderar o motivo pelo qual o paciente procura o serviço. As orientações e prescrições abstraem o paciente de sua condição de vida e de sua experiência com a enfermidade – assim que o programa é de “atenção à hipertensão arterial sistêmica” e não ao seu portador. E dada a grande demanda de atendimentos e a necessidade de cumprimento das ações protocolares, o encontro que se dá é muito mais entre o profissional e a doença. O tempo escasso, o grande número de pacientes a atender e a falta de outros momentos de contato (além do encontro possibilitado pela consulta) não permitem conhecer a experiência vivida pelo enfermo. Há um contato que ocorre internamente à instituição e que prevê intervenções continuadas, mas pontuais, que deem conta de tratar a doença do paciente. O encontro entre profissional e paciente mantém um caráter investigativo e normativo, podendo se limitar somente à busca por informações que colaborem para a definição do diagnóstico e tratamento das doenças sem que a doença, como experienciada pelo paciente, seja acessada pelo profissional. Neste tipo de comunicação, de acordo com Favoreto (2008: 106), estão ausentes precisamente os pressupostos para o estabelecimento da conversa,

pois é desconsiderado ou ignorado que o outro também possui um saber, uma compreensão e uma representação sobre seu corpo e seu adoecer ou mesmo uma expectativa sobre o cuidado de que precisa. O diálogo fica bloqueado pelo desconhecimento e/ou desvalorização da importância de uma sabedoria prática do paciente sobre o seu processo saúde-doença-cuidado, construída a partir de suas vivências, e que é exposta nas narrativas sobre o adoecimento.

Tanto para o doente quanto para o profissional de saúde, a enfermidade é experimentada através do corpo. No entanto, o conhecimento das biociências toma a doença como fenômeno que ocorre num corpo tido como físico com independência do estado subjetivo, ou seja, num corpo objeto de conhecimento médico, encerrado em uma representação objetiva, enquanto que, para o paciente, o corpo é, além de um estado fisiológico, parte essencial do ser, e o significado da doença não se limita aos sistemas diferentes de denominação e classificação, levando em conta primeiramente o parâmetro biológico (GOOD, 2003). No exemplo acima citado, o protocolo de atendimento oferece as diretrizes da assistência por meio de parâmetros biológicos, referenciado cientificamente e expresso em algoritmo (ANEXO 7). O corpo, que antes de tudo precisa estar em repouso para que a aferição dos dados objetivos seja fiel e possibilite o desdobrar das ações subsequentes, é objeto de condutas disciplinadoras. As informações subjetivas estão expressas, e se resumem, em termos de hábitos de vida e histórico de doenças.

Nas unidades que operam pela lógica da saúde da família, o cumprimento dos protocolos dos programas de atenção às diferentes doenças é também a regra. Há protocolos e metas de atendimentos, de procedimentos e, inclusive, do número de visitas domiciliares. Não há, no entanto, protocolos específicos para as atividades desenvolvidas fora da unidade de saúde, como é o caso das visitas domiciliares ou ações educativas com grupos específicos de pacientes. As visitas domiciliares estão previstas nas diretrizes do PSF e nos protocolos dos programas de saúde, como no Programa de Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-nascido (CURITIBA, 2005), no Programa de Diabetes Mellito Tipo 2 (CURITIBA, 2010), Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (CURITIBA, 2004), como uma atividade obrigatória, mas não há descrição em protocolo sobre como proceder durante

as visitas. Nas unidades não operantes pelo PSF, as visitas domiciliares estão previstas como atividade obrigatória dos agentes comunitários de saúde e nas unidades PSF de toda a equipe.

No serviço público a gente lida muito com metas. Você tem um número 'x' de visitas pra fazer, independente de qualidade. Aqui a nossa chefia não fica tão neurótica com essa coisa da quantificação, ela tem mais sensibilidade sobre o que é importante também. Mas a gente já teve uma chefia que podia ser uma numeróloga, porque tudo era número, número, número. E você não consegue fazer um atendimento bom assim. É claro que não pode ser uma leseira também, né, de achar que você deve ficar a manhã inteira com o mesmo paciente, por exemplo. Isso não é real, não é dinâmico, não é efetivo, mas ao mesmo tempo você não pode achar que em duas horas você vai atender trinta. A burocracia engessa bastante. Porque buscar objetivos é buscar números. Senão você perde o tal do IDQ. A TB [tuberculose], por exemplo, você viu na reunião aqui como é problemático isso. Temos um paciente com TB e estamos atendendo bem ele. Mas faltou registrar visita médica, daí a gente perde no IDQ, como se todo o trabalho pudesse ser avaliado por números. E isso é muito ruim. Não digo que não tenha que ter esse controle, da produção do serviço. Qualquer pessoa que saiba um pouco de serviço de saúde sabe da importância do dimensionamento da ocorrência dos problemas e também das ações do serviço. É um tipo de conhecimento, de informação, muito útil pro planejamento das ações do serviço público, não estou dizendo que é besteira, mas tem que pensar sobre isso também. (Aline, enfermeira)

O serviço de saúde deve estar organizado para ações de atendimento aos casos de adoecimentos já estabelecidos, prevenção de doenças e promoção da saúde e, a partir disso, gerar os dados necessários para o controle tanto da produção do serviço (número de procedimentos, dispensa de medicamentos, número de atendimentos, número de visitas domiciliares, etc) quanto dos dados relativos à vigilância epidemiológica, dando conta do número de acometimentos de doenças. A objetificação da saúde, da doença e do doente se dá não somente nos termos da lógica biomédica, mas também pela burocratização do serviço, da qual emergem tecnologias de controle e avaliação da saúde baseada em critérios de produtividade.

Às vezes o trabalho é muito mecânico mesmo. Por exemplo, se chegam na triagem 40 [pacientes] fica complicado dar atenção pro paciente e registrar tudo certinho. Você acaba olhando demais pro computador. E é verdade, você tem que dar conta do registro, tem que dar conta de colocar os dados, tem que dar conta de classificar os pacientes. E aí você olha pra ele e pergunta: 'tem mais alguma coisa? Não? Então tá bom. Então o senhor tem que fazer assim, assim e assim, e pronto'. E é muito difícil, porque você não consegue. Eu penso sobre isso. O que eu vou fazer diferente? Porque a informação é importante, a gente sabe disso, né, isso não se discute,

também porque ela te dá um controle de epidemiologia que é muito importante pra gestão dos programas, pra destinação correta do dinheiro público, mas no 'tête-à-tête' com o paciente às vezes atrapalha. (Aline, enfermeira)

A burocratização do trabalho aparece como uma característica marcante nas ações em saúde. Tanto a organização do trabalho quanto a própria relação com os pacientes organiza-se de modo burocratizado, o que se expressa por exemplo no controle do tempo da consulta, na exigência de uma quantidade predeterminada de visitas domiciliares.

Desse modo, o PSF apresenta também, como toda ação do serviço público de saúde, um alto grau de normatividade, com delimitação de atribuições por profissão, além de exigência de construção de relatórios apresentando os resultados numéricos das atividades desenvolvidas mensalmente para que se possa indicar o grau de resolubilidade das ações. No cotidiano do serviço de saúde há sempre um parâmetro numérico, um protocolo a ser seguido, bem como a produção de relatórios mensais.

O paradigma da objetividade se impõe ao serviço público, a fim de dimensionar a magnitude, a distribuição e o custo dos problemas de saúde e, assim, convencer os níveis decisórios da necessidade de destinação de recursos financeiros. A objetividade é, em última análise, fundamental para autorizar uma ação, e ação com base em orientações técnicas racionais.

Os números dariam conta de apresentar não somente a abrangência das ações mas também seu nível de resolubilidade. Vale esclarecer que a resolubilidade a que se refere o serviço diz respeito ao atendimento de necessidades específicas, observando as doenças de maior incidência e prevalência em cada localidade. A resolubilidade do serviço é então expressa por meio de parâmetro numérico, daí resulta que as análises de acompanhamento do PSF predominantemente ocupam-se de apresentar mapeamento da abrangência do programa, considerando o número de equipes atuantes no território nacional e contingente populacional atendido.

Para Kleinman (1997), a racionalidade técnica das instituições, suas prioridades e normas conformam a biomedicina, e o médico – bem como, no contexto da saúde pública, todos os profissionais aí inseridos – tem uma

função essencialmente burocrática. A regra da eficiência permeia a organização de todo o serviço.

Também nestas unidades (PSF), o cotidiano de trabalho implica algumas atividades não executadas, porque não obrigatórias, pelas unidades “não PSF”, e que exigem dos profissionais de saúde contatos com os pacientes além dos espaços tradicionais de atendimento, estendendo suas ações para “onde as pessoas vivem e se relacionam”, e em especial por meio de visitas aos domicílios dos pacientes.

Dessa maneira, ainda que os protocolos orientem a condução dos tratamentos e o seu cumprimento seja obrigatório, o contato com os pacientes no âmbito do domicílio invariavelmente traz outros elementos “não protocolares”, que pertencem ao universo vivido pelo paciente, tais como as condições concretas de vida e as relações familiares, e que dão os indicativos da experiência do adoecimento, repercutindo na percepção dos profissionais sobre os seus pacientes.

Nesta modalidade de política pública, as visitas domiciliares me interessaram sobremaneira durante a inserção em campo, uma vez que apontavam para a observação de importantes modificações na percepção dos profissionais sobre seus pacientes com consequente mudança também no modo de atendimento, mesmo quando no contato dentro da unidade de saúde. Assim, conforme me indica a médica Paula, “atender no consultório é diferente. Você não vê as coisas. Quando você vai às casas deles, você vê o que acontece. Mas isso é o PSF”.

Aqui dentro da unidade eu estou dentro do meu mundo, do meu roteiro, com meus protocolos. É uma situação até bem mais confortável. Daí quando eu vou numa visita, eu conheço o mundo do paciente. Por exemplo, às vezes a gente atende aqui uma criança que não tá ganhando peso e, como sempre, segue as orientações que se dá nestes casos, que a criança precisa consumir leite, frutas, carnes, legumes, etc e etc, mas às vezes isso não tem nem a ver com as possibilidades da família, sabe, então acaba sendo uma coisa meio sem sentido pro paciente. É claro que, mesmo no consultório, a gente tem um pouco de noção sobre quem é o paciente que você tá atendendo, mas não é nem a metade do que você sabe quando vai na casa dele. Daí que eu te digo que a gente não conhece o mundo do paciente, você faz uma ideia, mas não é a mesma coisa. (Estela, enfermeira)

O contato com o “mundo do paciente” desestabiliza o “mundo do profissional”, regido por ações previstas em protocolos. Note-se que uma modificação na lógica de trabalho, que passa a exigir outras formas de contato com os pacientes além daquela exclusiva ao atendimento individual e interno às dependências da instituição de saúde, não é diretamente o elemento gerador de modificações na relação entre pacientes e profissionais de saúde. No entanto, é esse novo contato que faz surgirem outros elementos antes não percebidos e que levam a algumas modificações nas práticas de assistência, conforme trato a seguir. Os processos de trabalho acabam por propiciar novos contextos e significados na relação entre o saber das biociências, representado pelos profissionais de saúde, e as experiências dos usuários do serviço.

4.2 A EMERGÊNCIA DO SOCIAL

Desde meus primeiros contatos estabelecidos na unidade de saúde Nova Esperança, me chama a atenção o modo como o termo “social” é amplamente empregado pelas diferentes categorias profissionais para me dizer dos problemas com os quais se deparam no dia a dia de atenção à saúde.

Ah, no PSF o que você vai ver é muito problema social e aqui não é muito diferente. (Cláudia, dentista)

Entrar na casa de alguém que não tem nada, que vive não sei de que jeito, é muito ruim. Eu tenho muito problema com o que é ‘social’. Aqui a gente não tem uma grande população carente, mas não deixa de ser um problema importante por aqui. (Júlio, dentista)

Tem paciente que você atende no domicílio e [que somente] no consultório você não faz ideia de como é, por mais que você pergunte. Eu atendi uma paciente e a agente comunitária me disse: você tem que ir na casa dela, e eu fui até a casa dela. Era uma condição tal que eu fiquei chocada. Era uma pobreza tão grande. Eu não imaginava que aquela menina que sentava ali na minha frente morava naquelas condições. (...) Eu fiquei pensando muito, depois disso, sobre o que eu sei sobre meus pacientes. Como eles vivem, em que condições. (Aline, enfermeira)

O “social” aparece inicialmente como categoria nativa determinada em oposição ao biológico. Apesar de não indicar um significado único, o “social”

parece servir como explicação de tudo aquilo que escapa à vinculação biológica das doenças. Mais explicitamente usado para falar das condições de pobreza de alguns pacientes, o “social” parece envolver tudo aquilo que o biológico não dá conta de explicar e que permeia a vida cotidiana dos pacientes, e que anteriormente estava sobreposto pela própria definição de saber, racional, objetivo.

A vivência neste tipo de dinâmica de trabalho cria um símbolo que, percebo, ressaltando os limites dessa pesquisa, vai sendo preenchido no cotidiano do serviço, de acordo com a perspectiva dos próprios personagens e sendo continuamente construído, conforme o que segue:

Eu cheguei na casa de uma paciente que não tinha arroz pra comer. Não é nescau que ela não tinha. Sabe aquelas coisas que a gente reclama? Se acabou isso ou aquilo em casa? Ela não tinha arroz! Daí você entende o porquê da situação da doença e você sente que está diante de uma pessoa que passa uma situação de muito sofrimento e você está ali pra fazer alguma coisa e é muito difícil isso. Ela tinha criança em casa, e, como eu também sou mãe, fiquei pensando se fosse comigo, como que ia ser. Com o tempo a gente aprende um pouco a lidar com isso sem sofrer também, mas é difícil, não é fácil, não. (Estela, enfermeira)

Se em outros ambientes os profissionais de saúde podem mais facilmente se ater ao ‘tratamento das doenças’, na saúde da família o contato com a ‘pessoa’ traz uma série de características relativas à vida dos pacientes que são postas em relação às próprias condições de vida do profissional. A evidência da pobreza explica o surgimento de algumas doenças, ao mesmo tempo que coloca o profissional, como no relato acima, na contingência de ver-se no lugar do outro. No exemplo oferecido pela enfermeira Estela, a condição de ser mãe permite dimensionar o sofrimento da paciente. O paciente aparece ‘inteiro’. O ‘sofrimento humano’ não só passa a se fazer presente o tempo todo, como ultrapassa aquele decorrente da experiência da doença, abrangendo também outros domínios.

A aproximação com o “social” evidencia uma dicotomia clássica constituída na formação em saúde e explicitamente expressa pelos meus informantes:

A nossa formação é extremamente técnica e daí trabalhar na Saúde da Família é difícil. A maioria quando tá na graduação nem pensa na verdade em trabalhar no SUS, e quando a gente vem, vê como é

difícil. Principalmente na odonto, que você já tem dificuldade, pela sua própria formação, em ver que a boca é de um paciente que sofre com muitos outros problemas. É claro que estou falando da minha formação, mas pelo que eu vejo com colegas de outras áreas é a mesma coisa. Se você for perguntar pra enfermagem ou para as médicas, vai ser a mesma coisa. (Júlio, dentista)

Por sua característica individualizante, o modelo biomédico, que fundamenta as formações em saúde, não se ocupa do universo sociocultural do paciente, mas sim da doença que incide sobre cada indivíduo em separado, com foco no paciente, reificado em seu aspecto biológico, e não na sociedade envolvente (HAHN, 1995; TAUSSIG, 1995; HERNANDEZ, 2008). As doenças são expressas como problemas do corpo e do seu ambiente imediato, alienado de contexto social, concebidos como problemas dos indivíduos e não de grupos de pessoas em determinadas posições sociais (HAHN, 1995). Os profissionais de saúde acabam por facilmente adotar um enfoque unidimensional, exclusivamente biológico, muito embora os fenômenos saúde e doença possuam caráter multidimensional, o que é possível por meio da adoção de uma perspectiva reificada desses fenômenos.

O surgimento do paciente, não mais fragmentado em partes, mas inteiro, e inserido em contexto social, explicita as limitações do modelo formador.

Quando a gente se forma, tem essa coisa de achar que você pode tudo e que as coisas não estão acontecendo porque ainda não chegou você, que é super maravilha pra abordar e que dali para frente vai ser tudo diferente. Que só basta dizer. E a gente aprende que não é assim. Tem questões que envolvem cultura, a gente tem família aqui que não se trata porque [acredita que] Deus cura. Tem família que não é da cultura de se olhar, de se cuidar. Mas eu sei que é muito fácil a gente falar da dimensão da gente, sabe. A dimensão da gente é a casa da gente, né. A forma como você encara os problemas, que você enfrenta os problemas, as dificuldades. Como que um adolescente de 16 anos quer casar? Que absurdo! Nunca vai passar pela sua cabeça que alguém de 16 anos vai casar. Mas o universo deles é aquele, é deles. É diferente do seu. E quando você começa a conhecer o universo deles, você vê que não é tão simples assim e que você aprendeu de um jeito que não tem tanto a ver com o que é importante pra eles. E não é por aí. Mas eu acho que isso é muito claro nas nossas falas pros pacientes e a gente tem que se policiar muito para isso não acontecer todos os dias. (Aline, enfermeira)

O olhar distanciado, focando somente a dimensão biológica do paciente, não permite acessar o seu universo, conforme conta a enfermeira Aline. O

encontro que acontece neste tipo de serviço evidencia a diferença entre profissional e paciente, agora entendidos como sujeitos e que se encontram no ato da assistência. A relação ganha outros contornos. Há um juízo de valores que o profissional não pode declarar no contato com o paciente, sob pena de não conseguir estabelecer uma relação de cuidado que permita conquistar a confiança do paciente. O “social” na fala dessa enfermeira se amplia e abarca uma ideia de “cultura”. Mesmo não tendo claro o sentido da “cultura” a que se refere minha interlocutora, o simples fato de mencioná-la, remetendo a um sentido que não é apenas da negação e da carência, dá uma ampliação para a observação sobre o paciente. Pode-se considerar neste momento que esta profissional, por sua experiência, passa a respeitar as especificidades do outro, do paciente, também já inserido em família. No plano do ideal, do ponto de vista da biomedicina, no período ainda da graduação a enfermeira diz que parecia que “podia tudo”, que era somente “chegar e dizer” o que é certo e o que é errado, e que assim tudo estaria resolvido. Ao experienciar o contato com o paciente no âmbito da sua vida privada, percebe-se que há outras “dimensões”, diferentes das suas, que constituem o “universo” vivido por ele. E então constata-se que não se pode tudo.

O contato com o cotidiano do paciente conduz para uma percepção dos profissionais sobre a experiência vivida pelo outro, vinculada mormente às suas condições materiais de vida, o que se manifesta nas falas e nas atitudes das equipes na rotina do serviço investigado. Nesse sentido, o dentista Júlio diz que “muitas vezes o cuidado com os dentes vai ser a última preocupação dele. É claro. O dente dele é mais um problema pra mim do que pra ele. Eu não sei o que é viver naquelas condições”. O profissional de saúde, ao se deparar com o que é experienciado pelo paciente, passa a tomar as circunstâncias adversas de vida deste como elemento primordial da experiência da doença.

Para o profissional de saúde, o que explica uma situação de doença são as “alterações fisiopatológicas”. Para o paciente, no entanto, estar doente pode ser algo diferente; no caso do exemplo acima, na perspectiva do profissional, viver em condições adversas traz prioridades que não incluem o cuidado com a saúde bucal, que vai ser objeto de preocupação quando causar dor. Não saber

o que é “viver naquelas condições” pode significar também não saber o que é um estado de doença que exija cuidado, para aquele paciente.

O relato abaixo, da dentista Cláudia, corrobora a fala do colega:

paciente vem pra cá [unidade de saúde] quando tá com dor. Não todos, a gente já tem conseguido alguma adesão a esse tipo de cuidado em saúde, mas ainda é muito assim. Já me irritei muito com isso. Se eu te contar você não acredita, mas acontece de chegarmos na casa do paciente e [ele] não ter escova de dente. Como é que eu vou culpar ele de vir para cá só quando tá com dor? Se ele não tem dor, ele não está se sentindo doente e além disso ele tem lá muitas outras coisas urgentes para se preocupar. Como é que vai se preocupar com o dente? No caso da odonto isso é clássico, o paciente se preocupa com o dente quando dói. Antes não. Com as outras doenças não é muito diferente, mas com doença odontológica acho que é mais ainda.

Para Taussig (1995), a objetividade com que é tomada a enfermidade nega as relações humanas encarnadas em sintomas, mistificando e reproduzindo uma ideologia política subjacente à coisificação biológica e física dos fenômenos. Os fatos não estão separados dos valores, e as manifestações físicas não estão descoladas dos contextos sociais geradores, de modo que, sustenta o autor, não se requer grande esforço mental para perceber as relações sociais que envolvem os acontecimentos materiais. Dessa maneira, os sinais e os sintomas das enfermidades, além de sua dimensão biológica, incluem também as relações sociais, ocultas pela “objetividade fantasmal” (TAUSSIG, 1995: 111).

Se, em outras modalidades de intervenção, como no atendimento ambulatorial prestado por unidades de saúde que não operem pela lógica da saúde da família ou em instituições hospitalares, a prática de trabalho permite a manutenção do distanciamento, numa unidade de saúde da família a dinâmica de trabalho requer aproximação. Aproximação esta que repercute em modificações na perspectiva sobre o paciente e no próprio ato da assistência, mesmo das atividades realizadas dentro do espaço institucional. Assim, por exemplo, entrar na casa do paciente permite ao profissional compreender mais facilmente alguns comportamentos que, de outro modo, não são aceitáveis. A identificação com alguns pacientes torna inteligíveis para o profissional as suas atitudes. O paciente deixa de ser ideal para ser um paciente real e é a ‘vida

dele' que explica não somente os processos de adoecimento mas também os seus comportamentos. E essa nova percepção repercute no modo como a assistência é prestada dentro da unidade de saúde.

Eu tenho uma família que é da área da Sônia (ACS), ela tem 3 ou 4 filhos, tem um menininho que tem bronquite, um deles que tá com micose e ela [a mãe] nunca chega no horário aqui na unidade, mas ela é tão frágil, em todos os sentidos, socialmente, emocionalmente. Ela teve uma dificuldade muito grande pra fazer pré-natal, porque ela não falava, sabe... E daí quando eu conheci a casa e conheci o contexto, eu fiquei mais solidária, não vejo mais assim: ai, que saco... se atrasou de novo. E você muda um pouco esse seu jeito. Até porque eu tenho um filho e sei o que é conseguir um pediatra às nove, você tem que acordar às seis para fazer isso, fazer aquilo, e daí eu fico imaginando a rotina dela com quatro. O paciente do livro passa a ter uma vida real, sabe? Acho que isso que é o mais complicado, você conciliar tudo isso dentro do atendimento. Mas a gente muda muito o jeito que aborda os casos, sabendo o que é a vida deles. (Aline, enfermeira)

A humanização da assistência, bastante valorizada atualmente no âmbito do serviço público de saúde, e que deve, usando as palavras da enfermeira Aline, “considerar o universo de vida do paciente”, requer um nível de aproximação que permita uma relação entre profissionais e pacientes que se baseia no estabelecimento de vínculo entre um e outro. A modificação das práticas passa primeiramente pelo fato de essa realidade alheia provocar, nos profissionais, uma reflexão sobre sua própria atuação.

A reavaliação da doença a partir da experiência do doente requer um contato que permita uma percepção multidimensional sobre o enfermo. Percepção esta que supõe, de acordo com Hernaez (2008), não somente uma ampliação no repertório de fatores que intervêm nos processos de adoecimento, ou um mero agregado de variáveis (sociais, culturais, políticas, econômicas, etc), que agem sobre o núcleo resistente da dimensão biológica, mas uma modificação também na natureza da teoria explicativa.

4.3 A VINCULAÇÃO COM O PACIENTE

O termo vínculo é amplamente empregado, tanto nos documentos que tratam da organização do serviço no nível da atenção primária, quanto na

linguagem dos profissionais do serviço, como sinônimo de cadastro do paciente como usuário de determinada unidade de saúde. Ou seja, ao falar sobre o ato de cadastrar um morador ao serviço, comumente se diz que se está fazendo a “vinculação” deste como usuário da unidade.

No PSF, todavia, este termo ganha também outras nuances, e o estabelecimento de vínculo, quase sempre considerado indesejado na formação biomédica¹⁶, deve, nesta modalidade de atenção à saúde, ser alvo de especial atenção por parte dos profissionais. A vinculação com os pacientes é condição básica para o desenvolvimento das ações no âmbito da saúde da família:

o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. (...) Ressalte-se que o profissional deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1997: 07, 16).

Estabelecer vínculo aparece ligado ao estreitamento de laços de compromisso e responsabilidade também dos usuários em relação à atenção à sua saúde, mediante o seguimento das orientações do serviço quanto à manutenção de um estado de saúde adequado (em termos da biomedicina) e/ou ao tratamento das doenças (também em termos da biomedicina). O vínculo aqui não diz respeito diretamente ao estabelecimento de relações de caráter pessoal, mas, analogamente, a um “contrato” entre as duas partes (serviço e usuários) para a prevenção e o tratamento das doenças.

Tanto quanto a política pública propõe o fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente, os profissionais com os quais tive contato durante o período de campo também o valorizam em especial, e os termos “vínculo” e

16 A respeito da formação em saúde, os trabalhos consultados referem-se à formação de médicos (a exemplo de Clavreul, Good e Bonet). No entanto, ainda que guardadas as especificidades das formações em saúde, todas compartilham dos mesmos princípios, sobretudo no que diz respeito à centralidade do referencial científico para a explicação dos fenômenos ligados à saúde e à doença, com importante consequência na prática profissional. O estabelecimento de vínculo (no sentido de uma relação intersubjetiva) entre profissional e paciente, quando não tomado como indesejado, coloca-se em segundo plano.

“vinculação” aparecem corriqueiramente nas falas dos meus interlocutores.

No cotidiano do serviço, percebo que vincular ora quer dizer conquistar a confiança do paciente para que, a partir disso, uma relação de cuidado se estabeleça, como ação positiva, ora o termo assume conotação de proximidade, no sentido de estabelecimento de uma relação de caráter mais pessoal:

para trabalhar na saúde da família, você tem que ter vínculo com os pacientes. Só assim você vai se colocar no lugar dele, porque é só se colocando no lugar do outro que a gente vê o que ele quer, o que ele precisa. E não eu fazer meu trabalho de qualquer jeito. Você ia gostar de ter um familiar acamado em casa, ter uma unidade PSF perto da sua casa e ninguém estar nem aí? Acho que não, ninguém ia gostar. Acho que é mais ou menos assim que a gente tem que pensar. Se é só pra atender, pra não se preocupar em conhecer os pacientes, dá pra trabalhar em outro tipo de serviço, em unidade básica [não operante pelo PSF]. Trabalhar na saúde da família é conhecer bem o território, as famílias, os pacientes, é meio que advogar pelo paciente. É ter compromisso mesmo, ver o paciente como um todo. (Regina, auxiliar de enfermagem)

Assim, além da noção de vínculo como ação positiva, o conceito traz subjacente uma ideia de “compromisso” e “responsabilidade” e de dar voz ao outro, de “colocar-se no lugar do outro”, evidenciando uma relação entre seres sociais, não somente profissional e paciente. O vínculo está entre o técnico e o relacional. O estabelecimento de vínculo confunde-se com a própria noção de cuidado.

Ao discutir a noção de cuidado, Saillant (2009) diz que a biomedicina está caracterizada por um excesso de tratamento técnico (*cure*) em detrimento dos cuidados e seus aspectos relacionais (*care*) e que seria necessário que nos sistemas de saúde ocidentais estas forças se reequilibrassem, humanizando o tratamento técnico e associando-o aos aspectos relacionais do cuidado. O cuidado seria assim um espaço de expressividade privilegiada da enfermidade como experiência, numa relação terapêutica “ideal e idealizada” (:90). A separação entre tratamento técnico e cuidado surgiria da progressiva dissociação destas duas dimensões na história da biomedicina e da separação do espaço terapêutico entre as profissões. Isso faz dessa distinção um

fenômeno eminentemente ocidental, posto que não está necessariamente presente em outros sistemas médicos.

Propondo uma leitura crítica do que seja o cuidado, a autora alude ao “ato de cuidar” (*caring*), tomando-o como um conceito que representa um reconhecimento positivo ao cuidado, diferente do conhecimento surgido habitualmente a partir de sua ausência. Se o cuidado é uma prática, o “ato de cuidar” é a essência em que a prática se concretiza, transcendendo a dicotomia tratamento técnico e cuidado ou, nos termos empregados por Bonet (2004), competência e cuidado.

Um exame crítico do conceito possibilita a compreensão acerca do lugar que ocupa, no plano empírico, o relacional e, no plano transcendental, o vínculo social. Uma das propostas sobre as dimensões que formam o objeto do “ato de cuidar”, conforme Saillant (2009), é consubstanciá-lo em humanização, assim que a busca por humanização encontra no ato de cuidar um espaço real, situando-a institucionalmente. Nesta perspectiva, tomando a biomedicina como instituição com poder de resposta encerrada no tratamento, é necessário fazer com que o cuidado (do binômio tratamento técnico-cuidado, ou competência-cuidado) encontre um lugar, o que se dá então mediante o desenvolvimento do ato de cuidar, desempenhado principalmente pelas enfermeiras (ou pessoal de enfermagem), compreendidas como mais suscetíveis para desempenhá-lo, por conta das características da própria profissão, mais claramente relacionada ao cuidado do que à medicina. No binômio saber e sentir, proposto por Bonet (2004), tendo como polos de referência o médico e o paciente, pode-se dizer que a figura do enfermeiro ocuparia estruturalmente o meio (responsável pelo cuidado) enquanto que no binômio tratamento técnico e cuidado, nos polos de referência estão colocados o médico e o enfermeiro. Nos termos empregados por Saillant, as práticas relativas ao polo *care* ficam sob responsabilidade do enfermeiro, enquanto que as do polo *cure* sob responsabilidade do médico. No meu campo de investigação isso se reflete numa preocupação sempre mencionada pelas enfermeiras em estabelecer vínculo com os pacientes e em compreendê-los a partir de outras “dimensões” que componham a sua vida, ou em compreender o “mundo do paciente”, numa atitude também crítica em

relação ao próprio saber, enquanto que a preocupação das médicas está mais direcionada ao desempenho resolutivo das ações, ao impacto da intervenção sobre a enfermidade ou sua prevenção. Na medicina o termo aparece mais com a conotação positiva, como requisito para uma ação técnica bem sucedida. Considerando a presença também da odontologia nas equipes da unidade Nova Esperança, esta categoria se assemelha em parte com a medicina, com uma preocupação marcadamente positiva, e em parte com a enfermagem, haja vista que dois dos dentistas têm formação específica em Saúde da Família e, por isso, assumem uma postura de maior proximidade com seus pacientes.

O cuidado, materializado no “ato de cuidar”, não é então outra coisa além do aspecto relacional (vincular) do tratamento. Não representa o oposto, ou a oposição, ao tratamento, mas o espaço de contato com a experiência da enfermidade, que permite, usando as palavras da auxiliar de enfermagem Regina (citada anteriormente), conhecer o que “o paciente quer, o que ele precisa, (...) é vê-lo como um todo”.

Em decorrência da aproximação com os pacientes, percebo que todos os meus interlocutores têm um nível considerável de conhecimento sobre eles e sobre o seu cotidiano de vida.

Achei que hoje a Dona Ana estava muito abatida. Aquilo lá que você viu na perna dela tá parecendo uma erisipela e incomoda bastante. Em geral quando a gente vai na casa, ela é bem mais falante, conversa bastante com a gente, faz umas brincadeiras, que são sempre as mesmas, sabe como é idoso, né, conta as mesmas histórias, as mesmas piadas; por exemplo, sempre quando a gente vai sair ela diz que vai pagar [a consulta] e oferece uma moeda antiga, sem valor, pra ver o que a gente diz. (Marcos, auxiliar de enfermagem)

No caso do seu Francisco não parece que ele está tão complicado, porque ele sempre recebe a gente daquele jeito que tu viu. Mas a gente, que conhece ele, sabe que ele não tá bem, não. Enquanto ele estava melhorzinho, ele vivia aqui pela rua cuidando dos canteiros, estava sempre fazendo alguma coisa. Agora tem ficado mais em casa e isso é um indicativo de que as coisas não estão bem. (Aline, enfermeira)

A atuação das agentes comunitárias de saúde, todavia, potencializa o estabelecimento do vínculo necessário ao fortalecimento da relação profissional-paciente.

Principalmente no começo, nos primeiros contatos com o paciente, você precisa bastante do agente comunitário, justamente porque é ele primeiro que vai ter vínculo com as famílias e é através dele que o enfermeiro, o médico, o dentista, vai conseguir permissão pra entrar no domicílio. Eu já vivi situação do paciente receber a gente no portão, não permitir a entrada na casa dele. Então, até mesmo quando vêm os estudantes que precisam fazer os estudos de caso, os trabalhos solicitados pelas disciplinas, e que precisam de contato com pacientes nossos, a gente pede para os agentes comunitários ajudarem nessa entrada. Tem informação sobre o paciente que [nos] chega antes do paciente chegar na unidade. Situações como 'ah, a fulana tá grávida e não quer fazer vinculação porque está escondendo gravidez da família; então vamos agendar consulta dela comigo pra eu fazer vinculação'. Ou então é uma criança que está apanhando e a gente, sabendo disso, vai fazer visita pra ver o que está acontecendo, identificar se é uma situação de agressão mesmo. Ou ainda, a agente chega aqui e diz 'o paciente tal contou pra mim que não está tomando o remédio direito, que não entendeu a orientação da médica', sabendo disso a gente vai pra visita pra resolver isso. Então o agente comunitário, pelo menos as nossas agentes aqui são muito assim, traz muita informação. Se você fala de um paciente 'X' pra elas, elas vão contar tudo daquela família e a partir daí você descobre algumas coisas, alguns comportamentos daquela pessoa, daquela família, e daí você começa a entender, 'ah, então é por isso'. (Estela, enfermeira)

No serviço investigado, as ACSs dão a medida da aproximação, trazendo informações sobre o universo vivido pelo paciente (sua condição de vida, a disposição com que recebe a entrada do serviço no seu domicílio, o modo como percebe a própria doença, etc).

Fui lá na Angela. Ela tá 'neurótica' com o diabetes dela. Bom, vocês sabem como ela é, né. A glicemia tá em 170, ela me disse. Quem for lá tem que conversar com ela sobre isso. Pra acalmar, senão ela vai ficar tomando hipoglicemiante 'a torto e a direito'. (Celina, ACS).

Dona Eva pareceu meio deprimida hoje. Sempre que ela está sentada naquele canto perto da janela é porque ela está triste. Reclamou que faz tempo que a doutora não vai lá. (Fátima, ACS).

Chegando aos domicílios dos pacientes, há um certo clima de familiaridade que possivelmente de outro modo, sem a intervenção das agentes comunitárias, não seria tão facilmente estabelecido. Eu mesma, acompanhando visitas das ACSs, me percebia sendo bem recebida pelos pacientes. Muitas vezes os pacientes se dirigiam a mim – tenho a impressão de que, mesmo sem compreender exatamente o motivo da minha presença em sua casa – relatando situações de família, reclamando de alguma dor que incomodava ou até mesmo reclamando do serviço de saúde, como da demora

no agendamento de consultas especializadas ou cirurgias. Era como se o simples fato de ser apresentada por uma agente comunitária de saúde me autorizasse a ter acesso, no contato com os pacientes, a informações sobre sua vida em família, suas dores ou sua relação com o serviço de saúde. Se para mim era possível acessar tantas informações sobre os pacientes, certamente para os profissionais que participam das equipes muito mais essa proximidade é facilitada, o que compreendo como uma transferência de confiança e familiaridade das agentes para os trabalhadores das demais categorias.

Tal transferência reveste as agentes comunitárias de um certo poder internamente ao serviço de saúde. De acordo com o relato de um dos dentistas,

as agentes comunitárias aqui têm muito isso de fazer questão de acompanhar a gente nas casas dos pacientes, mesmo aqueles que a gente já conhece. Elas têm muito isso de dizer “a ‘minha’ área”. O que até é bom, porque quer dizer que elas têm compromisso com o trabalho delas, elas conhecem muito bem a área, os pacientes. (Júlio, dentista)

Como que complementando a indicação feita pelo dentista, algumas ACSs, a respeito da atuação das agentes comunitárias na unidade Nova Esperança, me dizem:

Tinha uma autoridade sanitária que falava pra gente: “aqui é a casa de vocês. Eu to aqui mas não moro aqui, os outros também não. Então o trabalho de vocês é muito importante pra nós. Para que o nosso trabalho seja bem feito, para que dê certo, precisa de vocês. Vocês são os meus ‘olhos’ lá fora”. Então a gente tem essa consciência, sabe. (Celina, ACS)

Na minha área eu não tenho problema não, de me relacionar com os pacientes. Pode ser que tenha alguém que diga: ‘ah, eu não gosto daquela senhora’, mas acho que não. Trato bem todo mundo e eles também me tratam bem. (Helena, ACS)

Eles [os pacientes] recebem bem todo mundo da equipe, mas a agente comunitária tem mais contato, estamos todo dia na área e eles sabem que vamos lá pra ajudar. E como a gente mora aqui, tá sempre encontrando as pessoas. Então eles sabem que podem confiar na gente. (Lucia, ACS)

Além dessa “transferência de confiança”, as agentes comunitárias trazem frequentemente para os colegas de equipe algumas informações sobre

os pacientes que de outro modo eles não obteriam. Informações essas que em geral são importantes para o fortalecimento do vínculo com o paciente. Assim, por exemplo, a ACS Celina avisa que, se a equipe for visitar uma de suas pacientes, “é melhor não ir com a Regina, ela não gosta da Regina. Daí já viu, né”.

Pode-se dizer, então, que a mediação da relação entre profissionais e pacientes, ou entre usuários e serviço de saúde, está em grande parte assegurada pela atuação das agentes comunitárias de saúde.

4.4 A FIGURA DO MÉDICO

Durante minha passagem pela unidade de saúde Nova Esperança, percebia que os diferentes profissionais que integravam as equipes de saúde gozavam de certo prestígio entre a população local usuária do serviço. Com raras exceções de um ou outro paciente que não gostava de ser atendido por algum profissional.

Características como “ser atencioso” e “preocupar-se com os pacientes” são especialmente valorizadas pelos pacientes, quando avaliam os diferentes integrantes das equipes de saúde. No entanto, assim como em várias outras unidades pelas quais passei com atividades de outra natureza, também nesta unidade a figura do médico é bastante emblemática. Conforme mencionei em outro momento, o médico que compunha uma das equipes havia se afastado recentemente quando da minha entrada no campo, e sua ausência era frequentemente citada pelos usuários que, invariavelmente, mencionavam suas características de “atenção” e “preocupação” no contato com os pacientes. Ainda que ao se referir a alguns outros profissionais essas características fossem também valorizadas, em se tratando do doutor Renato elas eram tomadas como qualidades excepcionais, expressas nos seguintes comentários: “médico como aquele a gente nunca mais vai ter aqui”, “aquilo sim é que era médico, entrava na casa da gente, era atencioso com todo mundo”. Ou ainda,

contradizendo: “nem parecia médico”.

Do médico não se espera o ‘cuidado’, ao médico mais facilmente se atribui a ‘competência’, como se pode perceber no contato com os usuários e, em certa medida, internamente às equipes. Não se espera do médico que se ocupe das dimensões outras que envolvem a doença e o doente, e, quando isso ocorre, ele é colocado num patamar inalcançável para os demais. Sobre a médica que o substituiu, já de início recaía a comparação com o colega que a antecedeu. Ora em termos de expectativa: “Vamos ver como vai ser”, ora em termos já de comparação: “Eu vi ela outro dia e achei meio ‘fechada’”. A Dona Helena [agente comunitária] me disse que ela é boa, mas não sei, ‘que nem’ o doutor Renato vai ser difícil. Parece que era só consultar com ele que a gente já melhorava”.

Certamente, o médico, citado com carinho pelos pacientes, era um profissional extremamente dedicado, e por conta disso seus colegas de diferentes categorias vez ou outra também o mencionavam como um importante ‘parceiro’ na equipe, mas a sua ausência tão veementemente salientada indica a manutenção da centralidade da figura do médico no trabalho em saúde.

Não somente na unidade Nova Esperança, mas durante o percurso como profissional de saúde e, especialmente, como professora de cursos de formação em saúde, tive a oportunidade de passar por diversas unidades de saúde que me permitiram observar diferentes contextos de trabalho em que o médico era tido como alguém que “nem parece médico”. Em uma dessas unidades, por exemplo, trabalhando com alunos do curso de medicina em atividades práticas, percebia que os próprios alunos estranhavam alguma atitude do médico que indicasse uma postura de aproximação com os pacientes. Ao abrir prontuários de pacientes de um dos médicos daquela unidade, por exemplo, para buscar saber sobre o histórico de tratamento, encontramos relatos dos pacientes, transcritos entre aspas e considerados pelo médico quando da orientação prescrita. Assim, observa o médico no prontuário que tal paciente diz que “não estudou muito porque a cabeça não ajudava” e que, portanto, “não conseguia entender bem o que ele dizia”. Diante disso o

médico faz anotação de fazer visita domiciliar à paciente no horário em que um dos filhos esteja em casa. Sobre o fato, os alunos diziam “nossa, ele coloca as falas das pessoas no prontuário” e achavam ainda mais curioso que, em vez de solicitar que a paciente viesse nas próximas consultas acompanhada de um familiar, o médico buscasse visitá-la num momento em que pudesse encontrá-los em casa. A observação das características do paciente que ultrapassem a referência a dados biológicos já não é algo que se espera do médico, quanto menos que ele se disponha a visitá-lo por motivo alheio a limitações de natureza física. Transcrever as falas dos pacientes nos prontuários é trazer o paciente para a cena, considerar a sua participação no processo de tratamento e, decorrente disso, possibilitar a narrativa e o acesso ao universo vivido por ele. Esse era certamente um médico “diferente”, com atitudes “curiosas” e sobre o qual os pacientes se referiam de maneira especialmente carinhosa. Um dos seus pacientes – um senhor já idoso, que costumávamos (eu e meus alunos) acompanhar em visita domiciliar – dizia que não gostava de ir ao “posto”, pois, “se tivesse que morrer, ia morrer mesmo” e ninguém ia conseguir impedir isso, mas de vez em quando ia à consulta em consideração ao doutor, que cuidava de todo mundo da sua família e estava sendo especialmente cuidadoso com um dos filhos, que era alcoolista.

Uma perspectiva dialógica, que coloca médico e paciente em posições equidistantes, tem como obstáculo, primeiramente, de acordo com Favoreto (2008), uma postura de poder e hegemonia ocupada pelo médico na relação com o paciente. Poder este que, legitimado historicamente através de sua articulação com o cientificismo biomédico, ajudou a formar a tríade medicina-ciência-poder, influenciando o modo de o médico olhar para o mundo e de se expressar por meio de linguagem codificada por este saber.

Por outro lado, o enfoque biomédico que vem levando ao distanciamento e objetivação dos pacientes e à deterioração da relação médico-paciente, não exclui somente a subjetividade do doente, mas também a do médico. O que funda a relação médico-doente é precisamente a exclusão das posições subjetivas de um e de outro; é a relação doente-instituição médica que prevalece, em que o médico é o representante da instituição (CLAVREUL,

1983). “É redutor interpretar a relação médico-doente como uma relação interpessoal. Não é o médico como pessoa, mas como representante de um corpo constituído, o corpo médico, como participante de um saber misterioso” (CLAVREUL, 1983: 115).

Ainda que, para efeito dessa pesquisa, as profissões em saúde estejam tomadas como ‘biomédicas’ pois, guardadas as devidas especificidades, compartilham do mesmo referencial para a apreensão da realidade, a figura do médico não deixa de ser o representante máximo do conhecimento científico (na área das biociências). Decorrente disso sobre ele recaem expectativas maiores sobre sua ‘capacidade técnica’, ou, em outras palavras, sua ‘competência’. Habilidades outras, mais relativas ao ‘cuidado’, são um acréscimo que torna o médico que consegue associá-las alguém que “nem parece médico”.

A biomedicina, como instituição cultural do ocidente, fundada sobre uma construção dualista da qual deriva a chamada ‘tensão estruturante’, conforme denominou Bonet (2004), aceita a dicotomia ‘competência’ e ‘cuidado’ como essencial ao papel do médico. No contexto dessa investigação, atributos que correspondem às habilidades de cuidado, como a habilidade relacional e a empatia, são valorizados sobremaneira pelos pacientes.

4.5 “ENVOLVIMENTO” E DISTANCIAMENTO DOS PACIENTES

O contato diferenciado, mais próximo, com os pacientes, possibilitado pela dinâmica de trabalho, requer o estabelecimento de vínculo entre ambos. Em consequência disso, do “mundo do paciente” emergem elementos novos ao encontro terapêutico. Em especial, conforme tratei anteriormente, o contato com as condições adversas de vida repercute na modificação da percepção dos profissionais sobre seus pacientes e, conseqüentemente, na relação que se estabelece entre um e outro.

Na unidade Nova Esperança, conforme pude perceber acompanhando

as atividades do “dia de área”, há uma preocupação importante por parte das equipes em fazer visitas domiciliares a pacientes com problemas ‘sociais’:

a gente prioriza alguns pacientes. Se tem um caso de um paciente com doença grave, um câncer por exemplo, um paciente que está dialisando, a gente acaba priorizando em relação a um paciente estável como um hipertenso, ou um diabético. E a gente prioriza também alguns problemas que não são bem saúde mesmo, que são mais problemas sociais. Porque a gente entende que tudo, apesar de não ser, como eu te disse, saúde, são problemas que interferem. Porque está tudo junto, social e saúde. E a gente vê que interfere mesmo. São situações de pobreza mesmo, que a gente tenta fazer visita pra orientar sobre aqui o nosso serviço, mas também sobre os programas públicos que repassam benefício, cesta básica, essas coisas, daí a gente tenta articulação com a F.A.S. [Fundação de Ação Social], ou é uma situação de violência, principalmente contra criança ou contra mulher, ou contra homem mesmo, que é mais difícil, mas tem. São essas coisas, que não são saúde mesmo, mas que acabam fazendo parte do trabalho aqui da gente. E muitas vezes são as que mais preocupam, porque sobre isso a gente tem menos condições de atuação. (Estela, enfermeira)

No PSF não é só saúde. Tem muito problema social. A gente vê de tudo. (Paula, médica)

A atenção aos casos de doença que geram situação de sofrimento – o câncer, por exemplo – em geral traz repercussões sobre a maneira como os profissionais responsáveis pelo cuidado destes pacientes se envolvem com os casos. No entanto, situações outras, de conflitos familiares e, especialmente, pobreza, são sempre mencionadas como as que mais ‘incomodam’. O sofrimento em decorrência de uma doença grave como um câncer é previsto, e até certo ponto, naturalizado pelos profissionais de saúde. Mas, no contexto dessa investigação, o sofrimento por causas com as quais ele não tem habilidade em lidar causa mais ‘incômodo’. É o desconhecido, aquilo que, em primeira instância, não pertence ao fazer (e ao saber) em saúde.

Em especial nas reuniões de equipe, me chama bastante a atenção o modo como problemas aos quais as equipes atribuem a denominação de ‘social’ e ‘familiar’ são tomados com centralidade na organização do trabalho, e como alguns destes casos tornam-se objeto de especial preocupação por parte dos funcionários.

Às vezes você tem um paciente que tá com câncer, que tá sofrendo, que tem todo esse contexto do câncer, é difícil, mas tem coisa que não dá. A mulher me mostrou as panelas vazias e eu fui pra casa

pensando nas panelas vazias. O que mais me choca é pobreza e violência, é aquela família que você vê que não vai sair daquela situação. Isso é o que me deixa pior, me choca bastante. (Aline, enfermeira).

Os problemas sociais me preocupam muito, não só eu, como outros colegas também. Quando você vê a situação das pessoas, assim de perto, é difícil não se incomodar. Pra mim, o que mais me incomoda é violência, sabe, contra criança principalmente. Adulto nem tanto, porque adulto consegue se defender. Criança é indefesa, né. (Luisa, auxiliar de consultório dentário)

Às vezes, a gente faz tudo o que pode e não consegue muito. É como 'morrer na praia'. Isso me angustia às vezes. Quando o problema é de doença, e você sabe como tá evoluindo, você já sabe o que esperar. Mas problema assim 'social', você às vezes acha que consegue resolver, mas daí vê que tem 'pernas curtas'. (Marina, auxiliar de enfermagem)

Um dos casos diz respeito a uma menina de quinze anos que, segundo a agente comunitária, “voltou a apanhar do pai”. A partir da evidente preocupação de todos, perguntei o que havia acontecido e responderam que já é um caso ‘antigo’. Tratava-se de uma menina que morava só com o pai, desde que a madrasta deixou a casa levando consigo seu filho menor, e que vinha sofrendo agressão do pai. A enfermeira da equipe relata:

quando você fala de uma situação de violência, você fala assim; ‘ah, a fulana foi agredida’, mas parece distante. Agora, ver de perto é complicado. No primeiro ano que eu estava aqui, uma menina de 11 anos de idade veio dizer: ‘meu pai me bateu. Tia, me tira daqui, me leva pra tua casa’. Você ouvir uma menina daquelas dizer ‘me leva pra tua casa’. Se eu não fosse racional, eu tinha levado aquela menina pra casa. A minha vontade foi de pegar ela e levar pra casa porque... assim... tu imaginar que aquela menininha mirradinha daquele jeito é agredida, é muito difícil. Eu não era mãe ainda. Não é um sentimento que você tem porque é mãe ou porque você deixa de ser mãe, é claro que teu olhar muda quando você é mãe... mas assim... ouvir aquela menina frágil te pedindo ajuda é muito difícil. Naquele mesmo dia eu acionei o SOS criança, que é um serviço de emergência e atendimento à violência e eles me disseram para segurar a menina aqui até que vieram buscar. Eu pedi pro Renato (médico da equipe na época) avaliar e ele viu os hematomas. Tinha hematomas na barriga, nas pernas, no corpo inteiro, escoriações. Registramos em prontuário e fizemos notificação na rede de proteção. E daí veio o SOS criança. Foram até o pai dizendo que iam recolher a criança. Enquanto ela ficou no abrigo, o pai ficou um ano frequentando, indo em psicólogo, fazendo acompanhamento e daí foi liberado pra visita pra ver ela. Daí avaliaram que o pai estava já em condições de cuidar dela [e ela foi encaminhada de volta pra casa]. A última notícia que eu tive é que ela saiu de casa, porque o pai voltou a agredir, porque ela tá nessa fase de querer namorar. Tá com 15 anos. E que estava procurando a mãe biológica, porque o pai disse pra ela durante muito tempo que a mãe faleceu. Então tem muita

coisa que a gente não sabe direito. A menina duvida que a mãe morreu. Eles não têm outros parentes. Ele tinha uma ex-mulher que cuidava da menina e com quem ele tinha mais um filho, menor que ela. Mas que foi embora com ela. O filho ela conseguiu levar com ela, mas a enteada não. Ela não quis levar a menina, porque não é mesmo filha dela.

O relato da enfermeira Aline aponta para uma dicotomia entre razão e emoção, em que emoção parece estar associada, ou conduzir para, a irracionalidade; a racionalidade, por sua vez, se relaciona com as possibilidades e prescrições institucionais oficiais. Na condição de funcionária do serviço público de saúde, sendo portanto uma agente do Estado, não seria racional extrapolar limites legais para resolver uma situação, o que aconteceria se levasse a criança para casa. Isso seria agir com irracionalidade. Atender à solicitação da criança seria uma ação movida pela emoção. Deixar-se levar pela carga emocional gerada pelo encontro deflagraria uma ação irracional. Contudo, ainda que tomada por emoção, que a leva às lágrimas no momento também desse relato, a enfermeira age racionalmente, com as atitudes cabíveis (protocolares) para o encaminhamento da situação, alcançando o resultado que se espera da sua profissão, ou seja, restaurar a saúde da criança colocada em risco por questões de ordem social.

A condução da situação exige da enfermeira que as habilidades, tanto clínica para avaliar e diagnosticar/atestar uma situação de agressão física, quanto de mobilização do aparato institucional de que se pode dispor para tentar resolver os casos, estejam associadas a uma equalização entre razão e emoção. A articulação entre razão e emoção do profissional de saúde gera consequências no encaminhamento da situação, de maneira a acionar o sistema oficial para ser o mais ágil possível, o que talvez não acontecesse caso a situação fosse aquela a que ela refere como que “parece distante”, que não impacta pela emoção. A ‘dimensão humana’ está na linha de frente no contato com o paciente e não impede, e até impulsiona, a tomada de decisões.

A racionalidade como valor na cultura ocidental, e exemplarmente representada pelas ciências biomédicas, tende a opor razão e emoção; no entanto, o relato acima indica uma associação entre ambas. Nesse sentido, a razão não está oposta à emoção, ou melhor, ser tomado por emoção não

impede o profissional de agir racionalmente. Muito mais do que uma impossibilidade de relacionar razão e emoção na prática cotidiana de trabalho, o que parece ocorrer é uma acomodação ao argumento amplamente aceito quanto a essa dicotomia.

Em outra situação, vários funcionários conversavam sobre casos a serem vistos no decorrer do dia, mesmo não sendo uma reunião ‘formal’ de equipe. A agente comunitária diz que vai à casa de uma família cuja filhinha veio para consulta na unidade há poucos dias. A médica que havia atendido a menina comenta:

Aquela mulher é uma louca. Tem que tomar cuidado, porque tem alguma coisa muito estranha acontecendo ali. A mãe traz a menina pra eu ver uma assadura grave na filha dela. Eu vi a menina, examinei e vi que não era qualquer coisa. Não era só uma assadura e perguntei pra mãe por que estava daquele jeito e ela mudou o que tinha dito, não era mais uma assadura, era a tia da creche que tinha molestado a menina. Daí ela voltou a dizer que era só assadura. Depois eu soube que ela disse que eu machuquei a menina. Então eu não vou ficar me arriscando. Eu não atendo mais ela. Eu acho que é importante, quem for da área dela, fazer visita na casa dela, por causa da menina, a gente fica preocupada, tem que ver o que tá acontecendo com aquela criança, mas eu não atendo mais. Acho que ela nem é da minha área. (Paula, médica).

Diante do relato, perguntei para Paula como ela percebe casos como este. Ela me diz que fica “muito preocupada com vários casos, mas, se o médico se envolver demais, o médico não trabalha”.

Não somente nesta fala, mas em conversas com vários profissionais, de todas as categorias, há frequentemente uma recomendação de não se “envolver” com os casos, senão “você sofre demais”, “não consegue trabalhar”. À emergência de emoções, cada um toma uma postura, o que me é sugerido quando me dizem que “a gente se envolve” ou “a gente não pode se deixar envolver”. Esses posicionamentos, no meu contexto de investigação, variam da objetividade extrema ao envolvimento que leva às lágrimas.

A adoção de uma postura mais distanciada pode também ser percebida como uma forma de lidar com esse encontro de ‘subjetividades’. Extrapolando aqui para as demais profissões em saúde que compõem as equipes de saúde da família, tomo o argumento apresentado por Bonet (2004), tratando especificamente da formação de médicos, quando diz que as subjetividades

tanto do enfermo quanto do profissional devem estar ausentes do encontro terapêutico. O que o doente traz de sofrimentos, de ansiedade e medos – contidos no que se convencionou chamar, no âmbito da biomedicina, de subjetivo – deve ser afastado, mas também o que na pessoa do profissional lembre as mesmas subjetividades deve igualmente ser deixado de lado. Desse modo, o encontro entre profissional e paciente se torna o encontro de duas ausências, cujas manifestações do retorno do reprimido estariam constantemente sendo observadas.

A diferença entre o que é ensinado e a realidade de trabalho conduz a um distanciamento entre teoria e prática, confluindo também para o distanciamento entre os sujeitos envolvidos no ato da assistência. A política pública – ao contrário do que ocorre por exemplo em instituições hospitalares (conforme relatado por Bonet, 2004) –, ao propor maior aproximação com o contexto de vida dos pacientes, propicia a emergência de outros elementos constitutivos da doença e do doente, que provocam modificações no modo como os profissionais tomam a relação com seus pacientes.

Se no contexto hospitalar o distanciamento é preferido e a aproximação evitada, aqui a aproximação é quase inevitável. Diante disso, os profissionais de diferentes categorias se veem na contingência de lançar mão de estratégias pessoais para lidar com essa exigência. E o limite do envolvimento é também um aprendizado, que se dá com bastante tempo e experiência neste tipo de trabalho.

No começo, eu sofria muito quando identificava situação de sofrimento, depois nem tanto. Isso tem a ver com o desenvolvimento das habilidades do PSF. Você tem que se aproximar, estabelecer vínculo para poder ajudar caso seja possível, tem mesmo que se colocar no lugar do outro, mas tem também que sobreviver a isso, porque senão você não trabalha. (Júlio, dentista)

Saber manter algum “distanciamento” não quer dizer, conforme meus interlocutores, um “não envolvimento”, mas uma característica importante para o trabalho no PSF e um indicativo de amadurecimento profissional para lidar com situações de sofrimento do outro:

Eu acho que pra trabalhar na saúde da família você tem que saber se envolver com as situações, se aproximar para saber exatamente do que se trata, mas também tem que saber que não pode levar os

problemas dos pacientes para a sua vida. Uma coisa é você se preocupar, fazer de tudo pra resolver; outra coisa é fazer da vida do paciente a sua vida. Então, se eu estou na minha casa, evito de ficar pensando muito sobre os pacientes, mas, quando eu estou aqui, faço tudo o que posso. A gente pode muito pouco, na verdade, mas eu faço tudo o que está ao meu alcance. No começo eu ficava em casa, nos finais de semana, com os problemas todos daqui na minha cabeça, agora não. Eu estou lá, eu cuido da minha vida. (Ana, auxiliar de enfermagem)

Quando a gente está na faculdade [ou num curso técnico], e eu sei que no curso técnico é assim também, porque eu dava aula pra curso técnico, você tem que tomar cuidado para não demonstrar suas emoções para o paciente, a gente tinha que ser profissional e coisa e tal. Como se para ser profissional você tenha que deixar de sentir como humano. Mas eu hoje acho isso quase impossível e também não acho errado que o paciente perceba que você se emociona. Eu não acho que você perde credibilidade, muito pelo contrário. Eu já chorei na frente de paciente. Paciente ali contando coisa, eu me emocionava com o que ela estava me contando e enchi os olhos de lágrimas. Hoje eu acho que não tá errado, porque não tem como conter uma emoção. Eu acho que não perde credibilidade, muito pelo contrário. Com pacientes que me contaram coisas e que são muito íntimas deles, perceberam que eu não estava ouvindo à toa, eu tenho uma relação muito maior. Não muda nada. (Aline, enfermeira)

“Saber se envolver com os problemas trazidos pelo paciente”, conforme indicam os relatos, aponta para o estabelecimento de uma outra relação profissional-paciente. Essa relação foge da objetivação do doente para um olhar que considera os aspectos subjetivos envolvendo os processos de adoecimento, mas que reconhece a subjetividade também do profissional na relação com o outro. Os relatos acima dizem de um fazer profissional não atrelado ao distanciamento entre os atores envolvidos no ato terapêutico, mas de um reconhecimento da dimensão ‘humana’ do profissional de saúde, como sujeito suscetível às emoções, e que consegue, na prática cotidiana de trabalho, associar razão e emoção.

No grupo investigado percebo que há um interconhecimento sobre as características e, conseqüentemente, sobre os comportamentos de cada um frente às situações que suscitam emoções:

aqui você vai ver de tudo, vai ver gente que parece que não tá nem aí, vai ver gente que é mais manteiga derretida. Cada um é de um jeito. A gente tenta respeitar o jeito de cada um de trabalhar com isso, mas nem sempre foi assim, isso já deu até problema de relacionamento entre a gente. Com o tempo a gente foi vendo que cada um é resolutivo do seu modo. (Ana, auxiliar de enfermagem)

Por minha inserção no campo, percebo que há uma maior disposição das enfermeiras, em relação às demais categorias, em se preocupar com questões de natureza subjetiva, assumindo como algo inerente e inevitável ao fazer profissional. Além disso, a exemplo do que ocorre no município de Curitiba, os enfermeiros no serviço público, em específico na atenção primária, são responsáveis por atribuições administrativas nas unidades de saúde. O cargo de autoridade sanitária (responsável pela administração da unidade de saúde) é, em geral, ocupado por um enfermeiro e, na unidade investigada, em sua ausência todos recorrem às enfermeiras das equipes para responder a questões administrativas. Acompanhando o trabalho das enfermeiras pude perceber frequentes interrupções por demandas dessa natureza. E, ainda que não haja uma determinação do serviço, no interior das equipes também as enfermeiras desempenham um papel de liderança.

Destaca-se então o papel da enfermeira no processo de trabalho, sobretudo no tocante aos aspectos subjetivos do paciente. Nas unidades de saúde da atenção primária (PSF ou não), comumente a liderança está centralizada nas figuras do médico e do enfermeiro. Na maioria das vezes, como ocorre no contexto dessa investigação, o profissional de enfermagem é do sexo feminino. Na unidade de saúde Nova Esperança, quando da minha passagem pelo campo, entre o pessoal de enfermagem, considerando três enfermeiras e doze auxiliares de enfermagem, apenas um (auxiliar) era do sexo masculino. Também as médicas eram mulheres. No entanto, ao trabalho médico, mesmo quando exercido por mulheres, mais facilmente se associa a ideia de atributos tidos como masculinos na sociedade ocidental, tais como responsabilidade, decisão, resolutividade – em contraste com as características identificadas com a enfermagem, mais comumente relacionadas ao cuidado, conforto, acolhimento, higiene, paciência.

Conforme indica Galvéz (2004), o trabalho da enfermagem converge com a divisão de gênero básica na sociedade, cuja imagem feminina se constrói a partir de atributos como dedicação, intuição, carinho e domesticidade. Essa identificação estereotipada do gênero se reflete na enfermagem, como profissão eminentemente feminina. À profissão cabem,

mais facilmente, no imaginário coletivo, as atividades de cuidado, porquanto essa prática exige “se dispor ao outro”, desenvolvendo habilidades relacionais. *“Para el desarrollo de la ética del cuidado es necesario paciencia, falta de agresividad o de competencia hacia el otro, discreción, ternura, receptividad, muy alejados del modelo masculino que potencia la sociedad”* (: 01).

A prática das agentes comunitárias também, conforme indicam meus dados de campo, pode ser percebida como uma atividade feminina. Primeiramente porque todas no meu contexto de investigação são mulheres, mas sobretudo porque seu trabalho diz respeito muito mais ao “relacional”, para o qual as mulheres (num conceito naturalizado do gênero) tenderiam com mais facilidade.

4.6 AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Quando da minha entrada na unidade de saúde Nova Esperança – e tendo em vista que o objetivo da minha investigação consistiu em compreender como se dá na dinâmica de trabalho a relação entre os saberes internamente às equipes de saúde da família, com foco no agente comunitário de saúde –, ocupei-me de acompanhar as ACSs da unidade no cotidiano das suas atividades.

Primeiramente tomei a figura do agente comunitário como mediador entre o saber popular e o saber científico, influenciada sobretudo pelo fato de serem os únicos trabalhadores inseridos nas equipes de saúde sem formação específica na área, mas também pelos propósitos declarados pelos documentos públicos (a exemplo: BRASIL, 1997, 2001 e 2002), que permeiam minha formação e atuação profissional na saúde (até então). Aos poucos, por minha inserção no campo, a atuação do agente comunitário de saúde ganha outros contornos e o seu saber vai se tornando mais complexo.

Acompanhando a rotina da unidade de serviço, percebo que não há um saber popular reconhecido pelo serviço do agente comunitário, ou melhor, não

há um espaço para um saber local relativo a outros modelos médicos que se apresente por meio da incorporação de ACSs ao serviço de saúde. No entanto, vale considerar que a inserção de agentes comunitários de saúde tem diferentes resultados em diferentes contextos. Tomando como exemplo o trabalho de Wawzyniak (2009), sobre a atuação dos agentes comunitários em comunidades ribeirinhas do baixo rio Tapajós, pesquisas em outros contextos, no entanto, apontam para uma realidade diversa daquela que indicam meus dados de campo. Em seu contexto de pesquisa, Wawzyniak esclarece sobre articulação de saberes e concepções de saúde no contexto de implementação de políticas de saúde diferenciadas. Os agentes comunitários, mesmo contratados e treinados para atuar no âmbito de políticas em saúde orientadas pelo modelo biomédico, e estimulados a desconsiderar ou desqualificar o modelo terapêutico tradicional, transitam entre os dois universos cosmológicos (local e científico), atuando como mediadores entre dois sistemas médicos, bem como entre os objetivos propostos pelas políticas de saúde e as demandas locais. Apesar de submetidos ao controle e ao modelo da biomedicina, atuam no cotidiano com maior liberdade e autonomia e, diante da contingência de acabar ou minimizar o sofrimento de quem os procura, não se restringem a reproduzir os discursos e as práticas propostas pelo serviço, desobrigando-se do julgamento moral sobre as concepções e práticas terapêuticas tradicionais e ampliando o leque de possibilidades. Ainda que demandando pelos serviços públicos de saúde, os ribeirinhos os reordenam segundo seus próprios modelos culturais atualizados conjunturalmente.

Atendendo à norma do serviço, os agentes comunitários da unidade por mim investigada passam por cursos de capacitação ao serem incorporados ao serviço:

Quando a gente entra no serviço, passa por curso de capacitação. Aprende por exemplo como abordar uma família, né, como abordar um paciente, sobre cuidados com o recém-nascido, acompanhamento da carteirinha de vacinação da criança, saúde da mulher, sobre os programas da unidade, hipertenso, diabético, essas coisas. (Celina, agente comunitária de saúde)

Antes, no começo, era preciso só saber ler e escrever, agora já estão discutindo sobre a formação de agente comunitário. Eu sei que aqui eles [os agentes comunitários contratados pela secretaria de saúde de Curitiba] fizeram curso de formação. (Aline, enfermeira)

Os agentes comunitários para serem contratados passam por processo seletivo e depois [contratados] passam por cursos de capacitação. (Cintia, autoridade sanitária local)

Diante disso, penso que o agente comunitário de saúde – ou, no caso do grupo por mim investigado, as agentes comunitárias de saúde – parece representar um “não saber”, na relação com o “saber verdadeiro”, informado pelas biociências. Semelhantemente ao proposto por Nunes et al. (2002), ao agente comunitário de saúde caberia orientar as famílias para a utilização do serviço e informar os demais membros da equipe sobre a dinâmica social da comunidade e suas necessidades. Eles informam a população sobre “os modos de fazer” coerentes com o modelo médico oficial e munem os profissionais de saúde de elementos para a compreensão dos problemas de saúde das famílias, num movimento bidirecional. No entanto, o movimento em direção ao usuário deve considerar somente aquelas informações coerentes como o referencial biomédico, e o contrário, o movimento em direção à equipe, traria informações sobre o cotidiano da vida dos pacientes atendidos pelo serviço e sobre a atenção desses às orientações recebidas.

As agentes de saúde seriam, assim, mediadoras da relação entre unidade de saúde e usuários mais no sentido de convencer os pacientes para o cumprimento das normas estabelecidas pelo serviço. Os usuários do serviço consistiriam, conforme adverte Hernaez (2010), num “vazio”, ou num não-saber, a ser preenchido pelo conhecimento verdadeiro, ou num “preenchido” de superstições e crendices que precisaria ser esvaziado de tais pensamentos geradores de condutas inadequadas. Ao ACS caberia essa intermediação.

Contudo, apesar de não haver um reconhecimento sobre um saber local referente ao modelo médico do qual as agentes comunitárias partilhassem, como inicialmente cogitado por mim, a referência ao “elo de ligação” que elas representariam ao serviço na relação com os usuários vai ganhando sentido à medida que a elas, aos poucos, percebo que é associado o conhecimento sobre o cotidiano da vida das pessoas:

Olha, eu acho [o trabalho das ACSs] fundamental. Tem coisas que elas trazem de informações da área, que só vai conhecer gente que é da área mesmo. E isso é muito importante. Elas são a nossa ligação

com a área. Tu entra mais fácil na casa dos pacientes quando elas já têm esse contato antes. É aquilo que eu te disse, às vezes é uma porta que não se abre, daí quando tu já sabe mais ou menos como é, já sabe mais ou menos o que te espera. (Aline, enfermeira)

A indicação sobre este conhecimento explicita a facilitação à aproximação dos demais profissionais das equipes ao universo vivido pelos pacientes com consequências sobre a relação entre profissional e paciente (ou usuário e serviço). O contato anterior feito pelas agentes comunitárias permite que mais facilmente as portas sejam abertas e quando se sabe “o que te espera”, mais facilmente se acessa a vida do paciente.

Ao entrar no domicílio do paciente, o profissional de saúde entra em contato com um conjunto de informações com as quais não tem habilidade em lidar e que exigem que as relações se estabeleçam sob outros critérios. O domicílio é o domínio do paciente. A entrada no universo de vida do paciente acontece mediada por alguém que conhece os dois universos. Presença essa desnecessária no atendimento dentro da unidade de saúde. Raramente um profissional de saúde se dirige sem o agente comunitário à casa de algum paciente em primeira visita.

As agentes comunitárias, assim, possibilitam a entrada dos profissionais de saúde nos domicílios dos pacientes, transferindo aos demais colegas de equipe a familiaridade suficiente para que o paciente os aceite e permita contato com sua vida em família.

As agentes comunitárias aqui são bastante comprometidas com o trabalho delas. Conhecem muito mesmo das áreas delas. Como elas são moradoras daqui, acho que tem uma coisa assim de solidariedade mesmo com os pacientes. Pelo menos é assim que eu vejo. Não que a gente não tenha compromisso ou solidariedade, tem muita gente aqui muito comprometida, acho que você já deve ter percebido isso, mas a gente não mora aqui (...). Então que da parte delas parece que tem uma coisa maior nesse sentido, sabe. Eu venho aqui, mas eu vou embora no final do dia. Por isso eu acho que pro agente comunitário isso é maior, sabe? (Júlio, dentista)

As agentes são o elo, elas são a nossa ligação com os usuários. Elas [nos] ajudam muito a saber o que está acontecendo na área. Têm a função de acompanhar as famílias, não de forma técnica, mas de forma ‘não técnica’, vamos dizer assim. Isso ajuda muito a gente a acompanhar os pacientes, a atender o que cada um precisa porque você já tá mais inteirada. (Estela, enfermeira)

Às agentes comunitárias cabe o acompanhamento “não técnico”,

portanto relacional, associado ao cuidado (*care*), que se manifesta também, conforme sugere meu interlocutor acima citado, em laços de solidariedade.

A gente faz os cursos de capacitação, né, e também porque acompanha eles [os profissionais com graduação em saúde] a gente aprende muita coisa, mas a gente não pode orientar, entende? Quer dizer, pode orientar algumas coisas básicas, mas não sobre medicamento por exemplo ou sobre o tratamento. Agora, tem uma parte que não é assim técnica que a gente faz e que se sabe que também é importante pro serviço. Que nem eu te falei, aqui a gente tem essa consciência de que o nosso trabalho tem importância pro PSF, que tem um trabalho de equipe assim bem forte. Eu tenho a minha relação com o pessoal [morador] da minha área, eles confiam em mim. Então que a gente é assim, como eu posso te dizer, uma ligação mesmo, porque se sabe o que tá acontecendo na área. Sabe aquela história da Ângela, né, que a gente falou hoje na reunião? Sou eu mais [do que os demais integrantes da equipe] que vou na casa dela e vejo como ela fica com a glicemia dela, como fica transtornada e daí toma a insulina tudo errado. Na verdade o problema dela [o diabetes] não é tão grave, mais é o jeito dela de lidar com isso. Ou, o caso da menininha dos Camargo que a doutora falou pro doutor Júlio não ir, porque que tem que ver melhor a situação, porque ela tá suspeitando que tem coisa de maus-tratos ali, a gente vai ver direito de que área que é, daí é a agente da área que vai tentar acompanhar. (Celina, agente comunitária de saúde)

O conhecimento “não técnico” das ACSs, compartilhado com os demais integrantes das equipes, propicia e facilita o desenvolvimento das ações de cuidado. Isso não quer dizer, no entanto, que o cuidado se materialize no cotidiano do serviço simplesmente por sua atuação, mas o contato com os pacientes com essa nova base mais facilmente possibilita o ‘ato de cuidar’ na relação terapêutica.

As agentes comunitárias, neste sentido, potencializam o aspecto relacional (intersubjetivo) contido na atenção à saúde, deflagrando processos de articulação entre cuidado e tratamento técnico que compõem a relação terapêutica, consubstanciada no ato de cuidar, o que constitui a essência da humanização e a situa institucionalmente na saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos objetivos estabelecidos para a realização deste estudo, busquei apreender, a partir da observação da rotina de trabalho numa unidade da atenção primária à saúde operante pela lógica da Saúde da Família, as atividades executadas no cotidiano da assistência aos pacientes, e a relação entre a própria equipe, tomando como foco privilegiado a figura do agente comunitário de saúde.

Sem a intenção de avaliar a adequação ou inadequação (ou o sucesso e insucesso) da operacionalização do serviço local à política pública que lhe dá origem, a concepção deste trabalho opta por, primeiramente, compreender a organização dos serviços de saúde a partir da sua proposta oficial. Deste exercício depreende-se que a política nacional de saúde vem se constituindo nas últimas décadas na organização de um sistema de saúde, nos termos dos documentos públicos, universalizado, descentralizado, de acesso integral e com participação popular, configurada no Sistema Único de Saúde. Assim, o serviço de saúde é organizado pela articulação de três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) cujas ações têm caráter de complementaridade e, adotando uma noção ampliada de saúde, devendo atender aos objetivos de prevenção e tratamento das doenças e promoção da saúde. A descentralização do sistema permite que a administração mais direta do serviço esteja sob responsabilidade dos municípios, mediante colaboração (sobretudo técnica e financeira) dos estados e da União. Desse modo, a rede de serviços de saúde no município de Curitiba é administrada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal e conta com o apoio da Secretaria de Estadual da Saúde e do Ministério da Saúde.

Com vistas à implementação do SUS e em conformidade com seus princípios, o Programa Saúde da Família surge como estratégia de (re)organização do sistema e transformação das práticas de assistência, agora pautadas na humanização das ações (e relações), a partir da atenção primária. Seu trabalho está, sobretudo, pautado na aproximação do serviço ao cotidiano

da vida dos seus usuários e orientado pela humanização das práticas. As equipes de saúde atuantes nessa modalidade de política pública são então compostas (minimamente) por pessoal médico, de enfermagem e pela incorporação de agentes comunitários de saúde. Mais recentemente agrega-se também pessoal de odontologia às equipes de saúde da família.

Especificamente, a figura do agente comunitário de saúde, dado que os próprios documentos públicos o tratam por um trabalhador *sui generis* (BRASIL, 2002) e responsável por representar o elemento de ligação entre o saber científico e o saber popular (BRASIL, s/d), desperta especial interesse e constitui, para efeito deste trabalho, o foco privilegiado da atenção.

Quando da concepção do tema desta investigação, conforme mencionei anteriormente, bastante influenciada pelas ideias contidas nos documentos oficiais que permearam parte da minha formação, tomo o agente comunitário como mediador entre saber biomédico e saber popular. A inserção no campo de pesquisa, no entanto, vai me trazendo outros elementos que a observação participante e o olhar antropológico suscitam. O agente comunitário de saúde, ou melhor, as agentes comunitárias de saúde na unidade em que transcorre minha investigação – como certamente também ocorre nas outras unidades pelas quais passei desenvolvendo atividades de outra natureza – não têm, no cotidiano de trabalho, um espaço propiciado pela dinâmica do serviço para a mediação entre o conhecimento científico e conhecimento popular, no tocante às práticas de atenção à saúde. No entanto, sua inserção na rotina das atividades desenvolvidas no âmbito do serviço público de saúde me dá indícios de uma participação diferente daquela inicialmente por mim cogitada.

Acompanhar a rotina do serviço me possibilitou conhecer a dinâmica de trabalho das equipes, bem como as repercussões dessa dinâmica no fazer cotidiano em saúde na localidade. A atuação na saúde da família exige dos diferentes profissionais que compõem as equipes tanto o desenvolvimento de ações internas ao espaço da unidade de saúde quanto o seu desdobramento para além do espaço estrito do serviço, prestando assistência também nos domicílios dos pacientes. Por conta desse contato diferenciado com o paciente, que retira o profissional (como me dizem meus informantes) do seu “mundo”,

organizado por ações protocolares, e que possibilita a aproximação com o “mundo” do doente, outros elementos emergem à observação e permitem a apreensão das suas circunstâncias das vidas das pessoas em que o fenômeno doença ocorre.

Em virtude disso, as relações que se estabelecem entre pacientes e profissionais de saúde ganham feições diferentes daquelas tradicionalmente verificadas na assistência prestada por serviços que se pautam no distanciamento desses sujeitos. O encontro terapêutico nos moldes da saúde da família, no contexto da unidade investigada, dificulta a objetivação do doente, da doença e do tratamento.

A participação das agentes comunitárias na dinâmica de trabalho na unidade Nova Esperança, considerando os limites da minha pesquisa, posto que me ocupo de observá-las na relação com as equipes das quais participam, aponta então para uma mediação entre profissionais de saúde e usuários, especialmente no sentido de oferecer pressupostos à efetivação das ações requeridas pelo serviço. Ao ter mais contato (e um contato diferenciado) com os pacientes, as agentes de saúde transferem aos seus colegas das demais categorias a familiaridade necessária para que, do contato entre um e outro, possa ser estabelecido o vínculo necessário ao cuidado em saúde. Dessa maneira, pode-se dizer que as ACSs fazem a mediação entre os aspectos técnicos e relacionais da assistência, contribuindo fundamentalmente para que seja possível a articulação entre cuidado e tratamento técnico que compõe a relação terapêutica.

Conhecer mais proximamente o trabalho desenvolvido nessa unidade e observar sua dinâmica cotidiana, desde uma perspectiva antropológica, me permitiu perceber nuances do trabalho que depõem a favor da modalidade de política pública que orienta as ações no local, bem como demonstram um (relativo) êxito da atuação das ACSs no local. Todavia, é importante considerar que, de acordo com minhas experiências anteriores em outras unidades de saúde – levando em conta minha passagem por diversas outras unidades na cidade de Curitiba –, a unidade Nova Esperança apresenta um perfil um tanto diferenciado. Certamente, várias outras unidades mantêm dinâmicas de

trabalho que, a exemplo da unidade etnografada, possibilitam uma relação mais dialógica entre os integrantes das equipes e destes com os pacientes; contudo, o que muito comumente se observa nos contextos de trabalho na atenção primária é um distanciamento significativo entre as ações dos diferentes trabalhadores, o que repercute num trabalho mais fragmentado. Dessa maneira, é preciso esclarecer que as observações contidas neste trabalho não podem (e nem deveriam mesmo) ser extrapoladas para outros contextos, sobretudo porque não se pode resumir a variedade de experiências na atenção primária ao encontrado por esta investigação.

REFERÊNCIAS

BEVILAQUA, C. B., Ética e planos de regulamentação da pesquisa: princípios gerais, procedimentos contextuais, *In*: FLEISHER, S. e SCHUCH, P. (orgs.), **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**, Brasília: Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 71-90.

BONET, O. **O saber e o sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**, S/D. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf, acessado em 15 de janeiro de 2012.

BRASIL, **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transformações intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1990.

_____, **Resolução 196/1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 34, v. 3, p. 316-9, jun., 2000.

_____. Ministério da Saúde, **Programa Saúde da Família** / Ministério da Saúde – Secretaria Executiva, Brasília, MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**: um pacto tripartite / Secretaria de Políticas de Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde, **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: MS, 2004.

_____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**, Comunicação e Educação em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BUCHILLET, D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro, *In*: LANGDON, E. J. e GARNELO, L. (org.), **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa, Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 53-65.

CARDOSO, M. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu, *In*: LANGDON, E. J. e GARNELO, L. (org.), **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa, Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 195-215.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R., O mal-estar da ética na antropologia prática, *In*: VÍCTORA, C., et al (orgs.). **Antropologia e Ética**: o debate atual no Brasil, Niterói: EdUFF, 2004. p. 33-44.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. A antropologia e seus compromissos ou responsabilidades éticas, *In*: FLEISHER, S. e SCHUCH, P. (orgs), **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**, Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V., Humanização no Programa Saúde da Família, *Rev. O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, abr./jun. 2003.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1983.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. *In*:

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde: Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

CURITIBA, **10 anos do PSF em Curitiba**: a história contada por quem faz a história, Edição Comemorativa, Curitiba: XINEF – Gráfica e Editora Ltda, 2002.

_____, **Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica**, 2004. Disponível em http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/orientacao_prevencao/arquivos/hipertensao_001.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2012.

_____, **Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido**, 2005. Disponível em http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_da_mulher/mulher_001.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2012.

_____, **Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabetes Mellito Tipo 2**, 2010. Disponível em http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/diabetes_mellito_001.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2012.

CURITIBA, **Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – ACS**. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-basica/estrategia-de-agentes-comunitarios-de-saude>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2012.

FAVORETO, C. A. O., A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FERNANDES, J. C. L., Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas, **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 134-139, abr/jun, 1992.

CANO-CABALLERO GALVEZ, María Dolores. Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. **Index Enferm**, Granada, v. 13, n. 46, nov. 2004. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 abril 2012. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200007>.

GOOD, B., *El cuerpo, la experiencia de la enfermedad, y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico*, In: **Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica**. Barcelona: Bellaterra, 2003. p. 215-248.

HAHN, R. A., *Biomedicine as a cultural system*, In: **Sickness and healing: an anthropological perspective**, Chelsea: Yale University Press, 1995.

HERNAEZ, A. M., *Salud, capitalismo y sociedad: las teorías sociales y económico-políticas de la enfermedad*, In: **Antropología médica; teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad**, Barcelona: Anthropos Editorial, 2008. p. 123-169.

_____, *Dialógica, etnografia e educação em saúde*, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 44, p. 399-405, 2010.

KLEINMAN, A., *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. **Social Science & Medicine**, 1978, p. 85-93.

KLEINMAN, A., **Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine**, Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1997.

KLEINMAN, A., *A critique of objectivity in international health*. In: **Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine**, Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1997.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Florianópolis: UFSC. 1995. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>. Acesso em 07 de dezembro de 2011.

_____, *Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana*, In: SANTOS, R. e COIMBRA, C. (Eds) **Saúde e Povos Indígenas**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 33-51.

_____, E. J.; DIEHL, E. E.; WIIK, F. B.; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde:

a experiência em Santa Catarina, Brasil, **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 12, p. 2637-2646, dez, 2006.

LANGDON, E. J.; MALUF, S.; TORNQUIST, C. S., **Ética e Política na Pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados**. Disponível em <http://www.antropologia.com.br/arti/colab/a45-lmt.pdf>. Acesso em: 03 de março de 2012.

LAPLANTINE, F. A doença e o sagrado, a medicina e a religião, a cura e a salvação: da antropologia médica à antropologia religiosa, *In: Antropologia da Doença*, São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 213-251.

LATOUR, B., **Jamais fomos modernos**, São Paulo: Editora 34, 1994.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2004. v. 9, n. 4.

_____, Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p. 771-80, 2009.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MENEZES, R. A., **Díficeis decisões: etnografia de um centro de tratamento intensivo**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NOVO, M. P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**, Brasília: Paralelo 15, 2010.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O., **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*** – o agente comunitário de saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília: 2000. Disponível em www.ipea.gov.br/pub/td-pdf. Acesso em: 10 de fevereiro de 2011.

NUNES, M. de O. *et al.*, O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 1639-1646, nov-dez, 2002.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev 2002.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

SAILLANT, F. *Cuidados, deseos vinculares y utopias terapéuticas: un análisis del concepto de caring*. In: COMELLES, J. M.; MARTORELL, M. A., BERNAL, M. (eds.) **Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados**. Barcelona: Icaria, 2009.

SHEPER-HUGUES, N. e LOCK, M., *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*. **Medical Anthropology Quarterly**, Vol. 1, n. 1, p. 6-41, mar. 1987.

TAUSSIG, M. *La reificación y la conciencia del paciente*, In: **Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente**, Barcelona: Gedisa, 1995. p. 110-253.

WAWZYNIAK, J. V., Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil, **Rev. Campos**, n. 10, vol. 2, p. 59-81, 2009.

ANEXO 1

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba*

*Rua Padre Anchieta, 2770
80730-000 Curitiba - PR
Fone: 41 3240-5570
Fax: 41 3240-5584*

Curitiba, 24 de novembro de 2010.

Silvana Maria dos Santos
Laura Pérez Gil

Prezadas Colegas,

Comunicamos a V. Sa. que, em reunião ordinária do dia 23 de novembro de 2010, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado **"Entre "bio-médicos" e agentes comunitários: etnografia do Programa Saúde da Família no contexto de uma Unidade de Saúde de Curitiba"**. Protocolado neste Comitê sob número 10267/10 em 08 de novembro de 2010.

Prevê a legislação que toda a documentação do projeto poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatórios previstos para: **20/05/2011**

Atenciosamente,



Carmen A. Paredes Marcondes Ribas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

ANEXO 2



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Silvana Maria dos Santos protocolou sob o número 14/2011 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto Intitulado: Entre "bio-médicos" e agentes comunitários: etnografia do Programa da Família no contexto de uma Unidade de Saúde de Curitiba. (CAAE 0161.0.081.000-10 -FR nº 384794)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.
Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 25 de março de 2011.

Coordenador do CEP/SMS

ANEXO 3



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DAS PESQUISAS
REALIZADAS NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE PARA
ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba por necessitar ter em arquivo o relatório final das pesquisas realizadas nas dependências dos serviços da Secretaria solicita o encaminhamento de uma cópia do relatório final ao Comitê, logo após a conclusão da pesquisa.

O Comitê encaminhará uma cópia deste relatório aos locais que abrigaram a pesquisa para que os profissionais possam conhecer seus resultados.

Deverá ser entregue, também, uma cópia da íntegra do trabalho (artigo, TCC, monografia, dissertação ou tese) em CD (em Pdf) para arquivo e consulta.

ROTEIRO :

O relatório final deverá conter os seguintes itens:

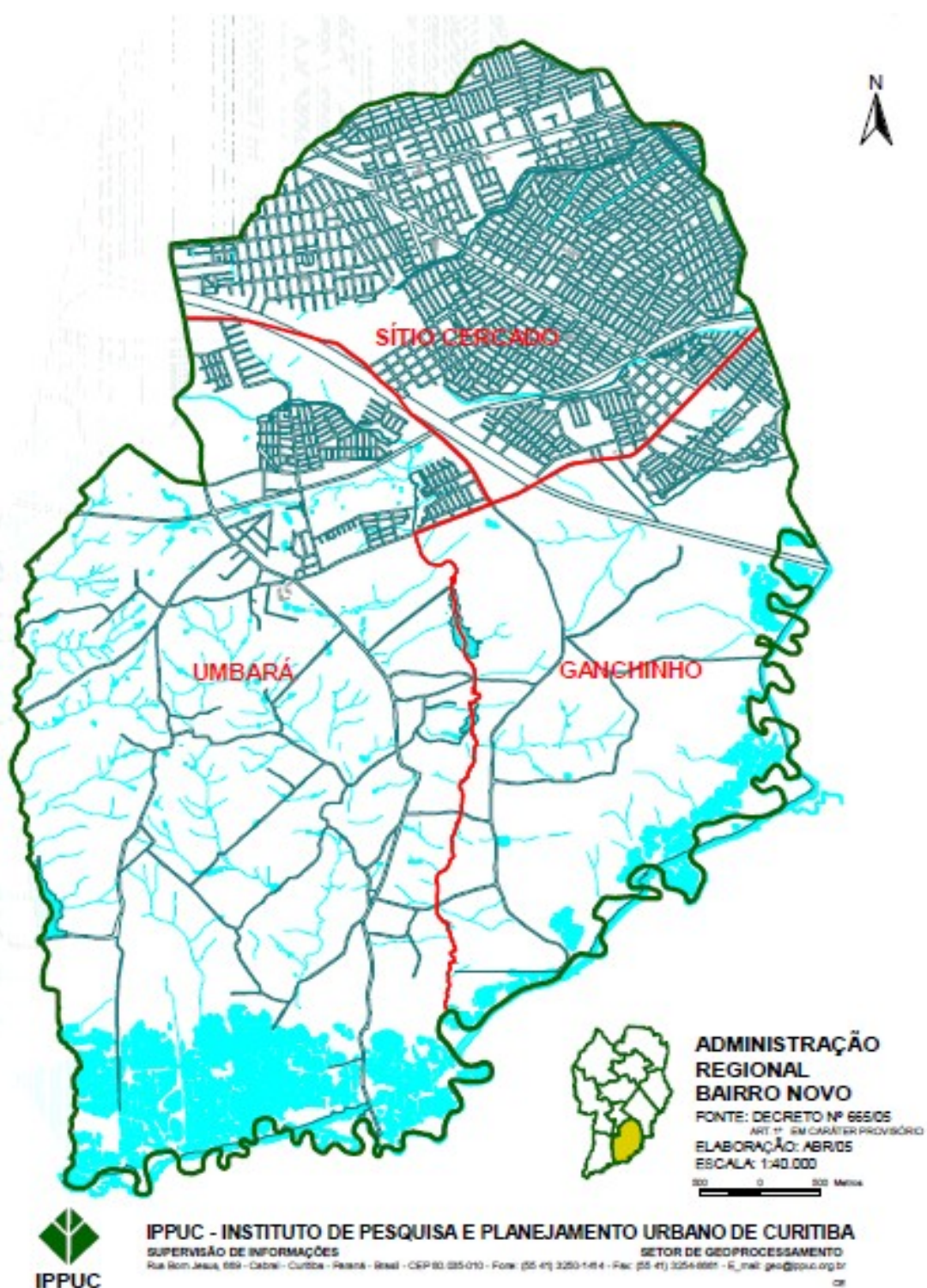
- Título
- Autores
- Instituição de ensino
- Introdução/justificativa
- Objetivos
- Metodologia (resumida)
- Resultados (síntese)
- Comentários.

(sugerimos ter no máximo 2 páginas)

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 4

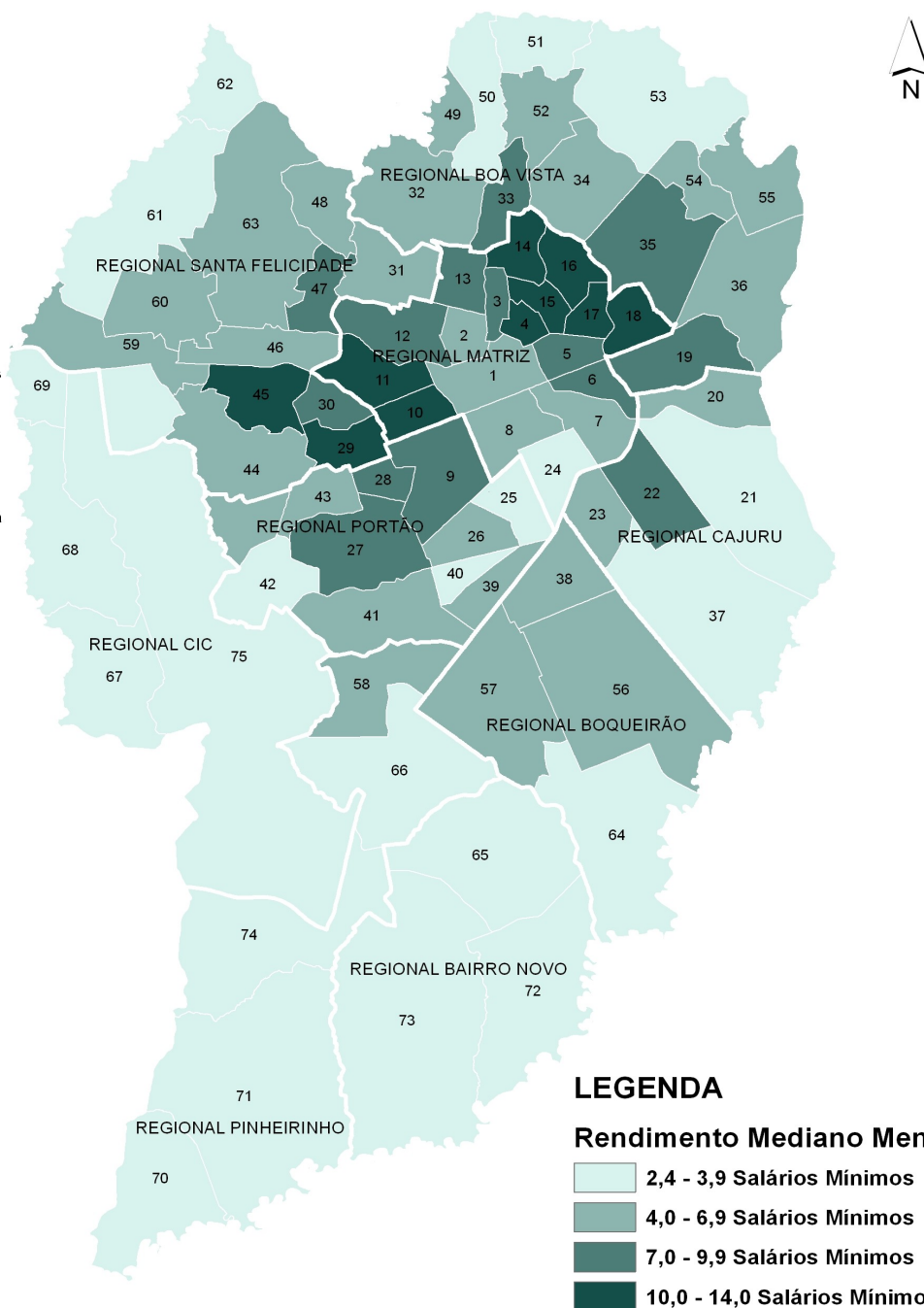
Distrito Sanitário do Bairro Novo (Bairros e Localização no Município de Curitiba)



ANEXO 5

Rendimento Nominal Mediano Mensal em Salário: Mínimos dos Domicílios Particulares Permanentes: Segundo os Bairros de Curitiba - 2010

- BAIRROS**
- 01 - Centro
 - 02 - São Francisco
 - 03 - Centro Cívico
 - 04 - Alto da Glória
 - 05 - Alto da Rua XV
 - 06 - Cristo Rei
 - 07 - Jardim Botânico
 - 08 - Rebouças
 - 09 - Água Verde
 - 10 - Batel
 - 11 - Bigorrrilho
 - 12 - Mercês
 - 13 - Bom Retiro
 - 14 - Ahú
 - 15 - Juvevê
 - 16 - Cabral
 - 17 - Hugo Lange
 - 18 - Jardim Social
 - 19 - Tarumã
 - 20 - Capão da Imbuia
 - 21 - Cajuru
 - 22 - Jardim das Américas
 - 23 - Guabirotuba
 - 24 - Prado Velho
 - 25 - Parolin
 - 26 - Guaíra
 - 27 - Portão
 - 28 - Vila Isabel
 - 29 - Seminário
 - 30 - Campina do Siqueira
 - 31 - Vista Alegre
 - 32 - Pilarzinho
 - 33 - São Lourenço
 - 34 - Boa Vista
 - 35 - Bacacheri
 - 36 - Bairro Alto
 - 37 - Uberaba
 - 38 - Hauer
 - 39 - Fanny
 - 40 - Lindóia
 - 41 - Novo Mundo
 - 42 - Fazendinha
 - 43 - Santa Quitéria
 - 44 - Campo Comprido
 - 45 - Mossunguê
 - 46 - Santo Inácio
 - 47 - Cascatinha
 - 48 - São João
 - 49 - Taboão
 - 50 - Abranches
 - 51 - Cachoeira
 - 52 - Barreirinha
 - 53 - Santa Cândida
 - 54 - Tingui
 - 55 - Atuba
 - 56 - Boqueirão
 - 57 - Xaxim
 - 58 - Capão Raso
 - 59 - Orleans
 - 60 - São Braz
 - 61 - Butiatuvinha
 - 62 - Lamenha Pequena
 - 63 - Santa Felicidade
 - 64 - Alto Boqueirão
 - 65 - Sítio Cercado
 - 66 - Pinheirinho
 - 67 - São Miguel
 - 68 - Augusta
 - 69 - Riviera
 - 70 - Caximba
 - 71 - Campo de Santana
 - 72 - Ganchinho
 - 73 - Umbará
 - 74 - Tatuquara
 - 75 - Cidade Industrial



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010
Elaboração: IPPUC - Banco de Dados 03/2011
Nota: Valor do Salário Mínimo R\$ 510,00

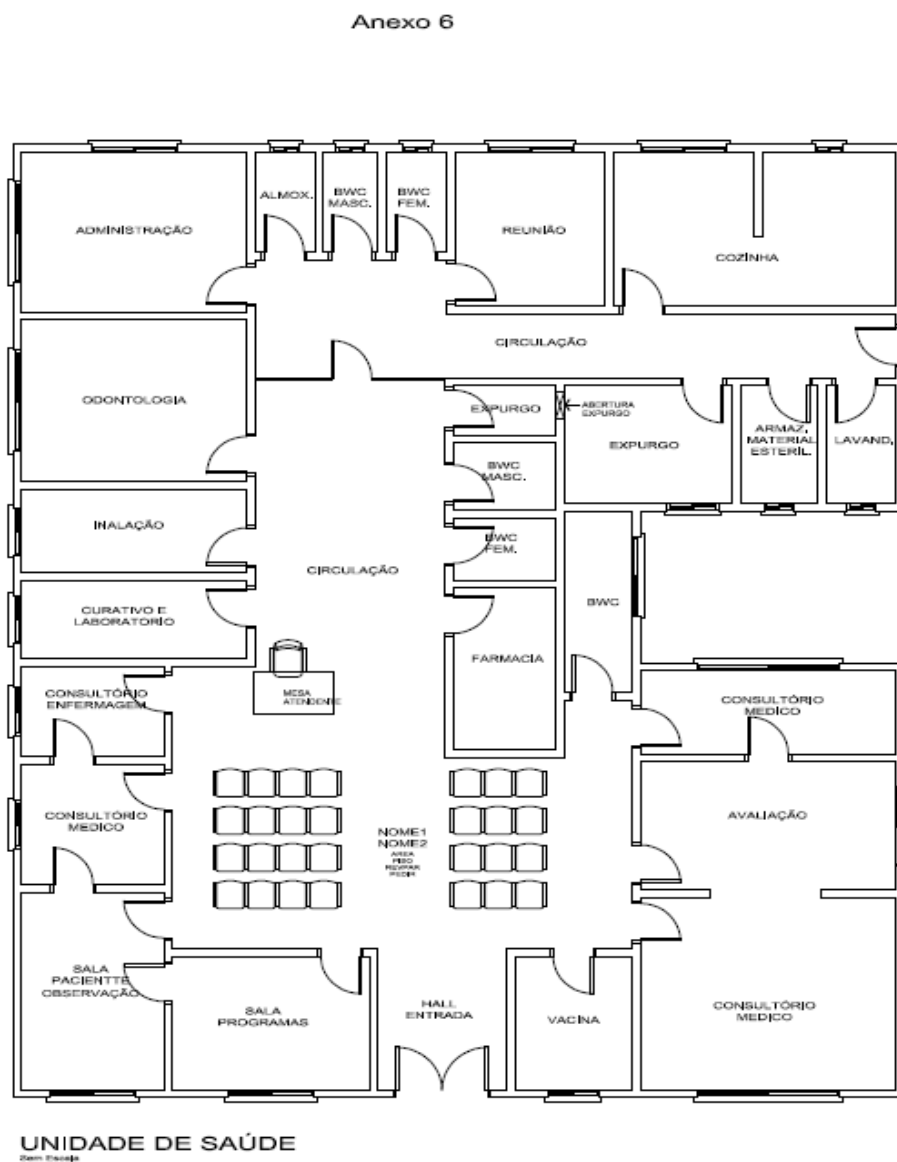


IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de C

:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 3250-1414 :: Fax (41) 3254-8661 :: E-Mail ippuc@ippi

ANEXO 6

Croqui com base na planta da Unidade de Saúde



ANEXO 7

Algoritmo de Atenção ao Hipertenso

5

